

**SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET**

Marija Paladin

ALKOHOLIZAM KAO KOMORBIDITETNO STANJE DEPRESIJE

Diplomski rad

Akadska godina:

2016./2017.

Mentor:

Doc. dr. sc. Trpimir Glavina

Split, srpanj 2017.

**SVEUČILIŠTE U SPLITU
MEDICINSKI FAKULTET**

Marija Paladin

ALKOHOLIZAM KAO KOMORBIDITETNO STANJE DEPRESIJE

Diplomski rad

Akadska godina:

2016./2017.

Mentor:

Doc. dr. sc. Trpimir Glavina

Split, srpanj 2017.

SADRŽAJ

1. Uvod.....	1
1.1. Depresija	1
1.1.1. Epidemiologija depresije	1
1.1.2. Etiologija i etiopatogeneza depresije	1
1.1.2.1. Biokemijska teorija	2
1.1.2.2. Genetička teorija	2
1.1.2.3. Psihosocijalne teorije.....	3
1.1.2.4. Psihoanalitička teorija	3
1.1.2.5. Bihevioralna teorija	3
1.1.3. Tipovi depresije	3
1.1.3.1. Velika depresivna epizoda.....	4
1.1.3.2. Ponavljajuća (rekurentna) depresivna epizoda.....	4
1.1.3.3. Distimija	4
1.1.3.4. Ciklotimija.....	4
1.1.3.5. Bipolarna depresija.....	4
1.1.3.6. Atipična depresija.....	5
1.1.3.7. Sezonska depresija	5
1.1.3.8. Postpartalna depresija.....	5
1.1.3.9. Psihotična depresija.....	5
1.1.4. Klinička slika i simptomi depresije.....	5
1.1.5. Kriteriji postavljanja dijagnoze	6
1.1.5.1. Dijagnostičke skale i mjerni instrumenti	9
1.1.6. Diferencijalna dijagnoza	9
1.1.7. Liječenje depresije.....	10
1.1.7.1. Farmakoterapija depresije	10
1.1.7.2. Psihoterapijske metode liječenja	11
1.2. Alkoholizam	11
1.2.1. Epidemiologija alkoholizma	12
1.2.2. Etiologija alkoholizma	13
1.2.2.1. Biološki čimbenici.....	13
1.2.2.2. Psihološki čimbenici	13
1.2.2.3. Sociološki čimbenici	14

1.2.3. Klinička slika alkoholizma	14
1.2.4. Poremećaji u alkoholičara	15
1.2.5. Tipovi alkoholičara	16
1.2.7. Liječenje alkoholizma	17
1.2.7.1. Farmakoterapija alkoholizma	18
1.3. Povezanost alkoholizma i depresije	19
1.3.1. Epidemiologija alkoholizma povezanog s depresijom	19
1.3.2. Etiologija alkoholizma povezanog s depresijom.....	20
1.3.3. Klinička slika alkoholizma povezanog s depresijom.....	20
1.3.4. Dijagnoza alkoholizma kao komorbiditetnog stanja depresije.....	21
1.3.5. Liječenje depresije i alkoholizma.....	21
2. Cilj istraživanja	23
3. Ispitanici i metode	24
4. Rezultati	25
4.1. Sastav ispitivane grupe bolesnika u odnosu na spol i životnu dob	25
4.2. Ostala komorbidna stanja ispitanika i hospitalizacija.....	28
5. Rasprava	34
6. Zaključak	37
7. Literatura	38
8. Sažetak.....	40
9. Summary	42
10. Životopis	44

1. Uvod

1.1. Depresija

Depresija je psihijatrijski poremećaj koji se ubraja u skupinu poremećaja raspoloženja. Pod pojmom poremećaja raspoloženja podrazumijevaju se poremećaji u kojima se osnovne duševne promjene zbivaju u raspoloženju, uz popratne promjene u nekim drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama (1).

Broj osoba s depresivnim poremećajem se kontinuirano povećava kroz desetljeća negdje od 1910. god. u svim industrijaliziranim zemljama svijeta. Razlozi porasta broja depresivnih osoba je nepoznat i smatra se kako to nije isključivo posljedica bolje medicinske dijagnostike već stvarno povećanje učestalosti tog poremećaja koji zauzima prvo mjesto među tzv. „velikim“ psihijatrijskim poremećajima (1).

1.1.1. Epidemiologija depresije

Depresija se može javiti u svakoj životnoj dobi. Smatra se kako preko 120 milijuna ljudi u svijetu boluje od depresije od čega je broj žena dvostruko veći od broja muškaraca. Prema rezultatima istraživanja „Globalno opterećenje bolestima“ 1996. god. depresija je bila prema učestalosti četvrti zdravstveni problem u ukupnoj populaciji, a predviđanja za 2020. god. očekuju kako će postati drugi zdravstveni problem u odnosu na broj bolesnika. Doživotni rizik obolijevanja od depresije iznosi 10-25%, a smatra se kako u prosjeku svaka peta žena i svaki deseti muškarac tijekom života iskuse barem jednu ozbiljnu depresivnu epizodu (2).

1.1.2. Etiologija i etiopatogeneza depresije

Etiologija depresivnog poremećaja nije u potpunosti razjašnjena. Kao u većini drugih psihijatrijskih poremećaja, nepoznavanje prave etiologije se zamjenjuje brojnim teorijama o mehanizmu poremećaja raspoloženja (1).

Danas se smatra kako depresija nastaje kao posljedica interakcije bioloških i psihosocijalnih utjecaja. Biološki čimbenici uključuju genetsku predispoziciju ili rizik za depresiju, a psihološki su povezani s određenim crtama osobnosti poput: sniženog samopouzdanja, perfekcionizma ili povećanog osjećaja odgovornosti. Depresivni poremećaj često ima svoje korijene u djetinjstvu vezano s nepovoljnim iskustvima i dugotrajno nepovoljnim interpersonalnim odnosima (1).

Biološke čimbenike depresije možemo promatrati kao osjetljivost ljudskog središnjeg živčanog sustava koji u određenim okolnostima na utjecaje psiholoških i psihosocijalnih

čimbenika reagira promjenama regulacije u složenom odnosu biogenih amina, odnosno promjenama u nastanku i razgradnji pojedinih neurotransmitora, te promjenama u broju i osjetljivosti njihovih receptora (3).

U depresivnih bolesnika su opisani i različiti otkloni imunoloških funkcija: neutrofilija, limfocitopenija, imunosupresivni odgovori u testovima blastične transformacije limfocita, predominacija limfocita T nad B limfocitima, monocito- i eozinopenija (4).

Socijalni čimbenici su povezani s nepovoljnim i stresnim vanjskim situacijama, npr. gubitkom posla, nepovoljnom financijskom situacijom, gubitkom bliskih i važnih osoba i kronično frustrirajućih međuljudskih odnosa (1).

1.1.2.1. Biokemijska teorija

Istraživanja jasno ukazuju na poremećaj regulacije u složenom odnosu biogenih amina u centralnom živčanom sustavu. Noradrenalin i serotonin su dva najodgovornija neurotransmitora u patofiziologiji poremećaja raspoloženja. Određeni podatci govore o dopaminergičnoj disfunkciji odnosno o smanjenju dopaminergičke aktivnosti u depresiji, hiperaktivnosti kolinergičkih struktura u mozgu te hiper- i hiposenzitivnosti monoaminskih receptora, odnosno disbalansa receptorskih sistema (3).

Drugi neurokemijski uzroci mogu biti poremećaj regulacije neuropeptida, nedostatka vitamina B12, itd. Neuroendokrini uzroci se manifestiraju kroz poremećaje limbičko–hipotalamičko–hipofizno–adrenalne osovine koja je hiperaktivna i dovodi do povećanja sekrecije kortizola. U depresiji se smanjuje otpuštanje TSH, kao i hormona rasta, FSH, LH i testosterona kao i sniženje lučenja melatonina noću. Isto tako, u 65% bolesnika su prisutni poremećaji spavanja (3).

Suvremeni pogledi govore o depresiji kao o neurodegenerativnom poremećaju, jer sa svakom novom depresivnom epizodom dolazi do propadanja neurona u sklopu relativno sporog neurodegenerativnog procesa (3).

1.1.2.2. Genetička teorija

Provedena genetička ispitivanja u obiteljima bolesnika oboljelih od velike depresije su pokazala 2–3 puta veći rizik oboljevanja od tog poremećaja nego što je to u općoj populaciji. Gotovo 50% bolesnika s bipolarnim poremećajem ima barem jednog roditelja s afektivnim poremećajem, najčešće s unipolarnom depresijom (1).

Studije posvojene djece koja su bolovala od poremećaja raspoloženja, su pokazale učestalost poremećaja premda je ona kod njihovih adoptivnih roditelja bila jednaka onoj u

općoj populaciji. Isto tako, njihovi biološki roditelji su imali povećanu učestalost poremećaja raspoloženja, kao i roditelji neposvojene djece s istim poremećajem. Sve navedeno upućuje na veliku ulogu genetičkih čimbenika u nastajanju depresije (1).

1.1.2.3. Psihosocijalne teorije

Stresni događaji: - odnos depresije i životnih događaja je od velikog značenja. Stresni događaji dovode do poremećaja homeostaze; psihičke i neurohumoralne. Među njima posebno separacija često prethodi unipolarnim depresivnim epizodama. Istraživanja pokazuju kako je 85% oboljelih u razdoblju od 8 mjeseci prije pojave depresije doživjela neki snažan stresni događaj (5).

Struktura osobnosti: - bilo kakav tip osobnosti može razviti kliničku depresiju, no češće se javlja kod osoba koje su introvertne i pasivno ovisne. One nemaju odgovarajuće socijalne vještine za prilagodbu promjenama koje iskaču iz svakodnevne rutine pa ne mogu prebroditi minimalne stresove. To su često i osobe niskog samopoštovanja i s nedostatkom povjerenja u druge ljude (6).

1.1.2.4. Psihoanalitička teorija

Simboličan ili stvaran gubitak visokovrednovane osobe ili predmeta se doživljava kao odbacivanje (3). Gubitkom kako stvarnim tako i onim zamišljenim, negativne emocije usmjerene tom objektu introjiciraju se u bolesnika što rezultira osjećajem krivnje, bezvrijednosti i besperspektivnosti odnosno simptomima tipičnim za depresiju (1). Kod depresija kojima osnovu čine simbiotski odnosi, samopoštovanje je ekstremno ovisno o odobravanju i podršci drugih, a taj pretjerano ovisan stav je prisutan cijelog života (3).

1.1.2.5. Bihevioralna teorija

Bihevioralna teorija govori o depresiji kao o naučenoj bespomoćnosti (1). Osoba se osjeća bespomoćna kontrolirati događaje kojima je izložena (3).

1.1.3. Tipovi depresije

Depresija se u bolesnika može pojaviti kao: velika depresivna epizoda, ponavljajuća depresivna epizoda, distimija, bipolarna depresija, atipična depresija, postporođajna i sezonska depresija (5).

1.1.3.1. Velika depresivna epizoda

Depresivnu epizodu karakterizira promjena raspoloženja u trajanju od najmanje dva tjedna. To je ujedno najčešći oblik depresije. Depresivna epizoda podrazumijeva jedan ili oba glavna simptoma depresije: preplavljujući osjećaj tuge ili žalosti te gubitak interesa ili zadovoljstva u aktivnostima koje su dotada pružale zadovoljstvo, ujedno se simptomi depresije pojavljuju učestalo ili svakodnevno (6).

1.1.3.2. Ponavljajuća (rekurentna) depresivna epizoda

Nakon prve depresivne epizode vjerojatnost nastanka nove iznosi oko 50%. Vjerojatnost nastanka povratne epizode raste nakon svake epizode. Ako su se javile dvije depresivne epizode, vjerojatnost nastanke treće dostiže 70% (6).

1.1.3.3. Distimija

Distimija je dugotrajni oblik blage depresije koju karakterizira trajno negativan stav prema životu. Razdoblja distimije se mogu razmjenjivati s razdobljima normalnog raspoloženja. Distimija obično ne onesposobljava osobu u svakodnevnom životu, ali može utjecati na radnu aktivnost i društveni život. Mnoge osobe koje boluju od distimije se počinju društveno izolirati, postupno im opada radna produktivnost te se povećava vjerojatnost nastanka velike depresivne epizode (6).

1.1.3.4. Ciklotimija

Ciklotimija se obično smatra blažim oblikom bipolarnog poremećaja. Dobar dio liječnika ciklotimiju prihvaća kao urođeni poremećaj temperamenta pri čemu je znatna uloga bioloških čimbenika. Psihodinamički orijentirani psihijatri su skloni tumačenju ciklotimije kao poremećaja nastalog primarno zbog kaotičnih objektnih odnosa tijekom ranog perioda života. Zastupljenost žena u odnosu prema muškarcima je 3:2, a u gotovo 75% slučajeva poremećaj počinje u razdoblju od 15 do 25 godine (1).

1.1.3.5. Bipolarna depresija

Ponekad se ponavljajuće depresivne epizode izmjenjuju s epizodama manije. Za razliku od razdoblja depresije osoba u maničnoj fazi bolesti se osjeća nezaustavljivom i punom energije. Osobito je važno razlikovati depresiju u sklopu bipolarnog poremećaja od unipolarne depresije jer se ti poremećaji različito liječe. Liječenje bipolarne depresije isključivo antidepresivima može dovesti do razvoja manične faze (7).

1.1.3.6. Atipična depresija

Atipičan depresija je stanje u kojem su uz druge simptome depresije prisutni simptomi pretjeranog spavanja nasuprot nesanici, te povećanje apetita nasuprot gubitku apetita u obične depresije (7). Osobe koje boluju od atipične depresije mogu osjetiti samo privremenu radost te su izrazito osjetljive na odbacivanje. Atipična depresija se obično pojavljuje u adolescentskoj dobi te može postati kronična (6).

1.1.3.7. Sezonska depresija

Sezonski poremećaj raspoloženja podrazumijeva razvoj depresivnih epizoda ovisno o izmjeni godišnjih doba. Najčešće se javlja krajem jeseni te se stanje poboljšava u proljeće, međutim u nekih osoba se raspoloženje snižava krajem proljeća ili početkom ljeta. Sezonska depresija je četiri puta učestalija u žena nego u muškaraca. Prosječna dob pojavljivanja je nakon 23. godine s postupnim smanjenjem rizika prema starijoj dobi (6).

1.1.3.8. Postpartalna depresija

Postpartalna depresija se pojavljuje u jedne od deset žena nakon porođaja. Obično se pojavljuje do mjesec dana nakon porođaja, premda se može pojaviti i nakon 6 mjeseci (7).

1.1.3.9. Psihotorična depresija

Osobe s psihotoričnom depresijom mogu imati obmane osjetila (halucinacije) ili sumanute ideje (deluzije). U psihotoričnoj depresiji najčešće su deluzije paranoidnog hipohondrijskog sadržaja ili ideje propasti (6).

1.1.4. Klinička slika i simptomi depresije

Depresivno raspoloženje karakterizira: potištenost, vidan pad energije, interesa i volje, poteškoće koncentracije, promjena ritma spavanja, promjena apetita i tjelesne težine te subjektivni doživljaji velike patnje (3). Drugi znaci i simptomi depresije podrazumijevaju: promjenu stupnja aktivnosti, promjenu kognitivnih kapaciteta (pažnja, mišljenje, pamćenje i govor) te poremećaj vegetativnih funkcija (san, apetit, spolne aktivnosti i drugi biološki ritmovi) (3). Gotovo 80% bolesnika se tuži na probleme spavanja, osobito na teškoće pri zasnivanju i ranojutarnje buđenje. Depresivno raspoloženje u sebi sadržava osjećaj duboke patnje i emocionalne boli što ponekad predstavlja jedan od najznačajnijih čimbenika pri odluci bolesnika na izvršavanje suicida. Otprilike 2/3 depresivnih bolesnika razmišlja o suicidu, a 10-15% svoj život tako i završava. Suicidalna razmišljanja mogu biti izražena

indirektno, npr. u želji osobe da se ne probudi ili da umre od neke bolesti, a mogu se pojaviti i riskantne aktivnosti, npr. neoprezna vožnja. Razmišljanja o smrti i suicidu mogu biti prolazna i ponavljana. Depresija je vrlo često praćena anksioznošću, a ponekad dominiraju somatski simptomi osobito kod starijih bolesnika i u slučajevima maskirane depresije (8).

Otprilike polovica bolesnika pokazuje diurnalne varijacije pojave njihovih simptoma i karakteristično opisuju pojačane tegobe ujutro i smanjenje tegoba tijekom dana kako bi se uvečer osjećali gotovo normalno. U depresivnih bolesnika je često prisutan osjećaj krivnje i samooptuživanja. Pri tomu bolesnik sebe može optuživati za: preuveličanu ili posve izmišljenu krivnju, bolest članova obitelji, vlastitu bolest, gubitak materijalnih sredstava, patnje drugih osoba, itd. Sebe i okolinu doživljavaju izrazito negativno. U njihovom misaonom sadržaju se stalno javljaju ideje: gubitka, krivnje, patnje, suicida i smrti. Većina ih smanjeno komunicira s okolinom, na pitanja uglavnom odgovaraju jednosložnom rečenicom ili uskraćuju odgovor. Među dijelom takvih bolesnika se javlja zaboravljivost, nesposobnost prisjećanja uobičajenih, svakodnevnih radnji (8). Simptomi također uključuju: socijalno povlačenje, otežano donošenje odluka, razdražljivost i nemir (6).

1.1.5. Kriteriji postavljanja dijagnoze

Današnje najznačajnije klasifikacije koje se koriste za sistematsko prikazivanje različitih psihičkih poremećaja su: ona Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) - „Međunarodna klasifikacija bolesti, deseta revizija“ (MKB-10) i Američka psihijatrijske asocijacije (APA) - „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition“ (DSM-IV) (9,10). Za svakodnevni klinički rad obvezatna je MKB-10 klasifikacija¹, koja je službeno u praksi od 1995. godine, dok je američka klasifikacija (DSM-IV) popularnija u današnjoj znanosti² (10).

Dijagnoza depresivnog poremećaja prema MKB-10 uključuje: depresivnu epizodu (F32), ponavljani depresivni poremećaj (F33) i distimiju (F34.1). Dijagnoza depresivne epizode, bilo prve ili ponavljane, se postavlja kada su zadovoljeni svi kriteriji definirani u klasifikaciji, bez obzira na okolnosti nastanka poremećaja (10) (Tablica 1). U ovim dijagnostičkim smjernicama se ističe kako veza između: etiologije, simptoma biokemijskih

¹ Temelji se na europskoj psihijatrijskoj školi, poglavito je vezana za njemačku psihijatrijsku tradiciju. Ova klasifikacija se oslanja na fenomenološki pristup opisan u općoj psihopatologiji (10).

² Zadovoljava dijagnostičke i statističke potrebe. Američke klasifikacije u osnovi su detaljnije i strože, pa ih često koriste europski i drugi autori, poglavito u znanstvene svrhe. Godine 1995. je izašla međunarodna verzija DSM-IV s MKB-10 šiframa (10).

procesa u pozadini, odgovora na liječenje i ishoda poremećaja raspoloženja (afektivnih poremećaja) nije još dovoljno objašnjena ne bi li se klasifikacija mogla provesti na općeprihvatljiv način, no donosi se prihvatljiva klasifikacija koja je rezultat brojnih konzultacija (Tablica 1) (10).

Dijagnoza depresivnog poremećaja se postavlja na osnovi svih raspoloživih podataka (anamneza, heteroanamneza i dr.), a sagledava sve navedeno: - broj simptoma; - trajanje poremećaja; - utjecaj poremećaja na socijalno, obiteljsko i radno funkcioniranje; - diferencijalnodijagnostički kriteriji; - okolnosti pojave depresivnih simptoma (Tablica 1) (10).

Osnovni principi dijagnostike depresije prema MKB su: - zadovoljen kriterij minimalnog broja simptoma potrebnih za dijagnozu; - minimalno trajanje simptoma (2 tjedna); - dijagnoza se postavlja bez obzira na to u kojim su okolnostima simptomi nastali; - dijagnoza depresije se ne postavlja ako se simptomi mogu bolje dijagnosticirati kao neki drugi jasno prepoznatljiv psihički poremećaj; - u slučaju suicida ili parasuicida tijekom depresivne epizode, potrebno je uz šifru depresije dodatno upisati odgovarajuću šifru; - ako ima dovoljno podataka za postavljanje dviju ili više psihijatrijskih dijagnoza (komorbiditet), potrebno ih je šifrirati (Tablica 1) (10).

Danas postoje brojne dijagnostičke i terapijske smjernice (algoritmi) za različite psihijatrijske bolesti, a predstavljaju konsenzus pojedinih strukovnih udruga o toj tematici. Godine 2001. je Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju Hrvatskog liječničkog zbora dalo preporuke za dijagnostiku i terapiju depresija (10).

Tablica 1: Klasifikacija depresivnih poremećaja i kriteriji tipizacije prema MKB-10 (9)

Šifra	Poremećaj	Kriteriji (simptomi)
F32	Depresija	- broj; -trajanje; -utjecaj
F32.0	Blaga depresijska epizoda	- Dva tipična i najmanje dva druga česta simptoma - Blaži poremećaj socijalnog funkcioniranja - Osoba uz manje teškoće može raditi redovite poslove
F32.1	Umjerena depresijska epizoda	- Dva tipična i najmanje tri druga česta simptoma - Umjeren poremećaj socijalnog funkcioniranja - Osoba uz značajne teškoće može raditi redovite poslove
F32.2	Teška depresijska epizoda bez simptoma psihoze	- Tri tipična i najmanje četiri druga česta simptoma od kojih su neki jako teški - Osoba je uglavnom radno nesposobna
F32.3	Teška depresijska epizoda sa simptomima psihoze	- Depresija bitno utječe na aktivnosti svakodnevnice - Prisutne sumanute ideje, halucinacija ili stupor - Osoba je radno nesposobna
F32.8	Druge depresijske epizode	
F32.9	Depresijska epizoda, nespecifična	
F33	Povratni depresijski poremećaj	- barem dvije depresivne epizode koje dijeli slobodni interval od najmanje dva mjeseca
F33.0	Blag povratni depresijski poremećaj	
F33.1	Umjeren povratni depresijski poremećaj	
F33.2	Težak povratni depresijski poremećaj bez simptoma psihoze	
F33.3	Težak povratni depresijski poremećaj sa simptomima psihoze	
F33.4	Povratni depresijski poremećaj, u remisiji	
F33.8	Drugi povratni depresijski poremećaj	
F33.9	Povratni depresijski poremećaj, nespecifičan	
F34	Stalni poremećaji raspoloženja	
F34.0	Ciklotimija	
F34.1	Distimija	
F34.8	Drugi stalni poremećaji raspoloženja	
F34.9	Stalni poremećaj raspoloženja, nespecifičan	

1.1.5.1. Dijagnostičke skale i mjerni instrumenti

Mjerni instrumenti za određivanje tipa depresije i zadovoljavanje kriterija klasifikacije depresivnih poremećaja u kliničkoj praksi kao i u znanstvenoistraživačkim i kliničkim studijama su različite ocjenske ljestvice (ocjenjivačke ili samoocjenske). Psihijatrijske ocjenske skale imaju dosta sličnosti sa psihologijskim testovima, no generalno su jednostavnije za primjenu, tj. u većini slučajeva ne zahtijevaju norme i interpretaciju psihologa. Danas postoji više polustrukturiranih odnosno strukturiranih psihijatrijskih intervjua tj. dijagnostičkih skala koje slijede odgovarajuće kriterije zadane u postojećim klasifikacijama i na taj način postavljaju ili isključuju određenu dijagnozu odnosno psihijatrijski poremećaj (Tablica 2) (10,11).

Najupotrebljavanija skala za depresiju je Hamiltonova ocjenska skala za depresiju (Hamilton Rating Scale for Depression) HAM-D. Verzija HAM-D-17 je strukturirani intervju od 17 čestica koja se i danas najviše koristi za kvantifikaciju depresije (10,12) (Tablica 2). Već duže vrijeme često se koristi Montgomery-Åsbergova ocjenska ljestvica za depresiju (MADRS) koja je osjetljiva na promjenu pa je pogodna za evaluaciju ishoda liječenja u kliničkim farmakološkim ispitivanjima (Tablica 2) (10,13).

Tablica 2: Najčešće skale za ocjenu depresije u svakodnevnoj kliničkoj praksi; prema (10)

Originalni naziv	Autor, godina	Način primjene	Broj čestica	Glavno obilježje
Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)	Hamilton, 1960.	Klinički intervju	21 (17)	Kvantificira težinu depresije, nije dijagnostički instrument
Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	Montgomery i Åsberg, 1979.	Promatračka ocjenska skala	17	Osjetljiva na promjene u depresivnoj bolesti
Ocjenska ljestvica	HAM-D / MADRS			
Kriterij depresivne epizode	blaga	umjerena	teška	vrlo teška
bodovi	8-13 / 15-24	14-18 / 25-30	19-22 / 31-43	>23 / 44-60

1.1.6. Diferencijalna dijagnoza

Simptomi slični depresiji se mogu pojaviti uz neurološke bolesti, primjerice; multiplu sklerozu, Parkinsonovu bolest, epilepsiju, apneju tijekom spavanja kao i uz neke endokrinološke bolesti; hipotireozu, hipertireozu, Addisonovu bolest, Cushingovu bolest, te uz infektivne bolesti poput virusnog hepatitisa i mononukleoze. U žena je važno razlikovati

promjene raspoloženja koje se javljaju u luteinskoj fazi menstrualnog ciklusa i koje mogu uzrokovati predmenstrualni distrofični simptom, a treba isključiti i simptome vezane uz menopauzu. Također, velik broj lijekova može izazvati simptome depresije, u što su uključeni brojni lijekovi za liječenje kardiovaskularnog sustava, zatim različiti: sedativi, hipnotici, antipsihotici, antiepileptici, antiparkinsonici, analgetici, antibaktericidna sredstva i antineoplastici (5,7).

Isto tako, depresija se može pojaviti uz bilo koji drugi psihički poremećaj. Najčešće je teško razlikovati anksiozni poremećaj praćen depresijom, odnosno depresivni poremećaj praćen izrazitom anksioznošću. Ujedno, depresiju je katkad teško dijagnostički odijeliti od procesa žalovanja (5,7).

1.1.7. Liječenje depresije

U liječenju depresivnih poremećaja najbolji rezultati se postižu kombinacijom farmakološke i psihološke terapije. Cilj liječenja je: - umanjiti ili ukloniti simptome; - uspostaviti radno i opće socijalno funkcioniranje; - smanjiti mogućnosti relapsa ili recidiva bolesti (5,7).

Prvi korak u liječenju znači donošenje odluke gdje će se liječenje provoditi, ambulantno ili u bolnici (5).

1.1.7.1. Farmakoterapija depresije

Psihofarmaci koji su uspješni u liječenju depresije su antidepresivi. Primjenjuju se i stabilizatori raspoloženja te elektrostimulirajuća terapija (5).

Smjernice u farmakološkom liječenju depresivnog poremećaja su sljedeće: - primijeniti jedan od antidepresiva u punoj terapijskoj dozi i upozoriti bolesnika na poboljšanje koje se očekuje za 3 do 4 tjedna zbog zakašnjelog djelovanja antidepresiva. U više od 50% slučajeva dolazi do poboljšanja. Ako ne dođe do poboljšanja za 4 do 6 tjedana redovitog uzimanja lijeka u punoj terapijskoj dozi, može se povećati doza postojećeg antidepresiva, no zamijeniti ga antidepresivom druge skupine ne bi trebalo prije 8 tjedana provedene terapije. Antidepresivi se mogu kombinirati s još jednim antidepresivom iste ili različite skupine ili litijem u malim dozama. Literaturni navodi tvrde kako se u 70-80% slučajeva depresivne epizode mogu liječiti. Također, anksiolitici se mogu propisivati kontrolirano tijekom prvog mjeseca, dulje razdoblje od toga može biti uvod u ijtrogenu ovisnost o anksioliticima (4,5).

1.1.7.2. Psihoterapijske metode liječenja

Kombinirana terapija antidepresivima i psihoterapijom daje najbolje učinke u rješavanju depresivnih poremećaja i epizoda. Psihoterapija se time pokazuje kao važan dio antidepresivne terapije te umnogome utječe na povećanje povjerenja bolesnika u uspjeh liječenja i motivira ga za redovito uzimanje lijeka (4,5,8). Psihoterapijske metode imaju specifičan pristup, a mogu se razlikovati:

Kognitivna terapija koja se temelji na ispravljanju kroničnih smetnji mišljenja koji vode u depresiju (osjećaj beznađa i bespomoćnosti) (4,5).

Bihevioralna terapija koja se temelji na teoriji učenja i služi ispravljanju neželjenog ponašanja (4,5)

Interpersonalna terapija koja se primjenjuje u liječenju blažih depresija. Ova terapija se bavi interpersonalnim problemima, a ne nesvjesnom intrapsihičkom dinamikom (4,5).

Psihodinamički orijentirana psihoterapija koja je usmjerena na razumijevanje nesvjesnih konflikata te motiva koji mogu poticati i održavati depresiju (4,5,8).

Suportivna psihoterapija koja je indicirana kod akutnih kriza (žalovanje) kao i kod velikog broja depresivnih poremećaja nakon hospitalnog liječenja (4,5,8).

Grupna terapijska tehnika koja se koristi kod narušenih međuljudskih odnosa (4,5,8).

Obiteljska terapija koja je indicirana kad su narušeni obiteljski odnosi zbog bolesnikove depresije, kad je depresija vezana uz događaje u obitelji ili kad modeli ponašanja u obitelji podržavaju depresiju, a općenito nije primarni terapijski pristup samog liječenja (4,5,8).

1.2. Alkoholizam

Uporaba alkoholnih pića je poznata od najranijih početaka čovječanstva. S izrazito anksiolitičkim svojstvima, alkoholno piće postaje sredstvo kojeg čovjek, uža socijalna skupina, a kasnije i država obilno promovira. Pijenje je postalo normalnim ponašanjem, a ljudsko društvo je na temelju toga tijekom povijesti izgradilo niz običaja i navika (1).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) alkoholizam je bolest, a alkoholičar bolesnik kod kojeg se zbog prekomjerne i dugotrajne uporabe alkoholnih pića pojavljuje psihička i fizička ovisnost, zdravstveni problemi, obiteljski i društveni poremećaji (2). Definicija alkoholizma ukazuje na opetovana oštećenja funkcioniranja u različitim područjima života uzrokovana alkoholom usprkos kojima se osoba vraća pijenju (Tablica 3) (15).

Premda se pojmom alkoholizam ne opisuje specifičan duševni poremećaj, poremećaji u vezi s alkoholom općenito se mogu podijeliti u tri skupine: 1) Poremećaji uzrokovani

izravnim toksičnim djelovanjem alkohola na mozak (uključujući intoksikaciju, tremor, apstinencijski sindrom, delirium tremens i halucinozu); 2) Poremećaji ponašanja uzrokovani alkoholizmom (zlorporaba alkohola i ovisnost); 3) Poremećaji trajnog karaktera uzrokovani alkoholom (trajni amnestički poremećaji, demencija, Wernickeova encefalopatija, Korsakovljev sindrom, itd.) (1,4,5,15).

1.2.1. Epidemiologija alkoholizma

Prema nekim podacima u Republici Hrvatskoj tek oko 2-8% populacije nije okusilo alkohol. Njih se može nazvati primarnim apstinentima, za razliku od apstinenata koji su to postali liječenjem od alkoholizma. U Hrvatskoj je rasprostranjena tzv. društvena potrošnja alkoholnih pića, a počinje se piti vrlo rano, u prosjeku u dobi od 14-16 godina. Također, u RH je prema proračunima oko 0,3 milijuna alkoholičara, a smatra se kako se svaki četvrti liječi u psihijatrijsko-alkohološkoj skrbi, dok se ostali nalaze u skrbi drugih medicinskih grana (1,5).

Alkohol³ je najraširenija i najdostupnija psihoaktivna tvar čija je zlorporaba socijalno prihvaćena. U SAD-u i Europi je otprilike 90% osoba tijekom života pilo alkoholna pića, a u oko 30% njih nastaju alkoholom uzrokovani poremećaji (Tablica 3) (15). Također, ustanovljene su i etničke razlike s obzirom na osjetljivost prema alkoholu i njegovom djelovanju (15).

Tablica 3: Epidemiologija alkoholizma prema SZO (15)

Parametar	Populacija (%)
Uzelo piće tijekom života	90
Aktualni konzument alkohola	60-70
Povremeni problemi uzrokovani pijenjem alkohola	>40
Zlorporaba alkohola *	*
a) muškarci	>10
b) žene	>5
Ovisnost o alkoholu	
a) muškarci	10
b) žene	3-5

* 20-30% psihijatrijskih pacijenata

³Etanol nastao prirodnim alkoholnim vrenjem pod utjecajem metabolizma mikroorganizama iz ugljikohidrata nekih vrsta voća, žitarica, itd. je bistra i bezbojna tekućina. Takav etilni alkohol se koristi u sastavu alkoholnih pića dok se u prirodi rijetko nalazi (obično u prezrelom, fermentiranom voću i biljnim sokovima). Neki slični spojevi alkohola: metilni, butilni i amilni, daleko su otrovniji od etilnog alkohola. Oni su priređeni u industrijske svrhe te nisu dostupni. Ipak, metilni alkohol, kao prirodni, se nalazi u nekvalitetnim vinima – tzv. direktoru i može uzrokovati oštećenje središnjeg živčanog sustava i vida. Alkohol se razgrađuje u jetri uz pomoć enzima alkoholne dehidrogenaze (14,15).

1.2.2. Etiologija alkoholizma

Uzroci alkoholizma leže u raznolikom isprepletanju problema u samom čovjeku i njegovoj okolini, a etiološki se mogu podijeliti na sljedeće čimbenike: - biološke (nasljedne, metaboličke, organske); - psihološke (ublažavanje anksioznosti, premorbidna osobnost); - socijalni odnosno socio-kulturni (običaji, obiteljski faktori) (1,5).

Korisnost medicinskog modela za razumijevanje alkoholizma je relativna jer se u medicinskom smislu označavanjem alkoholičara kao bolesnika oduzima dotičnoj osobi sloboda i odgovornost za njegovo ponašanje. Također, medicinski model zanemaruje znatne socijalne čimbenike pri nastanku alkoholizma (5).

1.2.2.1. Biološki čimbenici

Biološke teorije pokušavaju objasniti uzrok alkoholizma u biološkim strukturama čovjeka. Najbrojnije su genetičke teorije koje alkoholizam nastoje protumačiti kao nasljednu bolest (1,5). Podatci o genetskom utjecaju za razvoj alkoholizma uključuju sljedeće: - bliži članovi obitelji alkoholičara imaju četiri puta veći rizik za nastanak alkoholizma; - jednojajčani blizanac alkoholičara ima veći rizik za nastanak alkoholizma od dvojajčanog blizanca; - usvojena djeca alkoholičara u drugoj obitelji imaju četiri puta veći rizik za nastanak alkoholizma od djece nealkoholičara (15). Među biološkim teorijama se ističu one prema kojima se nasljeđuje specifičan tip metabolizma koji sekundarno dovodi do alkoholizma (15,16).

1.2.2.2. Psihološki čimbenici

Psihološke teorije o uzrocima alkoholizma pretpostavljaju individualno-psihološki problem alkoholizma. Psihoanalitička literatura ističe oralnu fiksaciju i zastoj u razvoju ličnosti kao glavnu karakteristiku tzv. primarnog alkoholizma (1,5). Ta se fiksacija na infatilnim osnovama uz neuroze te sociopatsku strukturu ličnosti postavlja kao temelj na koji vanjske frustracije provociraju jaču anksioznost (1,5,16). Ponavljano uzimanje alkohola dovodi do ublažavanja napetosti i euforizacije, što ima bitnog utjecaja na nastanak alkoholizma (16).

1.2.2.3. Sociološki čimbenici

Prema sociološkoj teoriji, gledište skupine (kojoj pojedinac pripada) prema pijenju alkoholnih pića je vrlo važno. Pri tomu je presudan stav obiteljske skupine, ali u kasnijoj životnoj dobi nije zanemarivo ni stajalište drugih skupina. Isto tako, čovjek tijekom života dolazi u različite situacije u kojima je prilagodba otežana i izaziva pojačanu anksioznost. Takvi specifični uvjeti mogu dovesti do promjene ranije uspostavljenog stajališta u pogledu prihvaćanja alkoholnih pića (16). Također, naglašava se i društveno prihvatljiv i vrlo tolerantan odnos prema uzimanju alkoholnih pića i pratećem poremećaju ponašanja. Ovakav društveni odnos leži u povijesnim i običajnim činiteljima, psihofarmakološkom djelovanju alkohola i socio-kulturološkoj razini razvoja alkoholne kulture (17). Ako bi se nastanak alkoholizma shvaćao drugačije, došlo bi do distanciranja društvenih potrošača alkoholnih pića od alkoholičara uz nemogućnost preventivnog djelovanja na potrošnju alkoholnih stimulansa, čime bi se mijenjao i stav društva prema pratećim problemima vezanim uz pijenje. Alkoholičari čine samo jedan segment društvene potrošnje i tolerancije, a ne posebni entitet koji se može potpuno izdvojiti od društvenog konteksta alkoholizma (17).

1.2.3. Klinička slika alkoholizma

Alkoholizam se razvija postupno, od isključivo simptomatske faze (predalkoholne i prodromalne) do faze alkoholne toksikomanije (kritične i kronične). Osoba u predalkoholnoj fazi povremeno, a kasnije i trajno postiže olakšanje alkoholom te joj se povećava tolerancija. Premda je alkoholičar još uvijek u stanju suzdržati se od uzimanja pića u određenim okolnostima, u toj fazi se javljaju prolongirane alkoholne intoksikacije (18-20).

Društvena potrošnja alkoholnih pića prelazi pojavom gubitka kontrole u bolest alkoholizam, a koju obilježavaju: ovisnost o alkoholu, prestanak porasta tolerancije i različiti simptomi zdravstvenog i socijalnog oštećenja (18-20).

Od svih simptoma alkoholizma možda su najznačajnije promjene ličnosti poput: racionalizacije odnosa prema pijenju, pojava sustava psiholoških obrana pred sve jačim socijalnim pritiscima, grandomanske ideje i ekstravagancija, osamljivanje uz izrazito agresivno ponašanje, trajna grižnja savjesti, gubitak socijalnih kontakata, gubitak zanimanja za zbivanja osim potrebe za pijenjem alkohola, neprijateljstvo i sumnjičavost prema članovima obitelji, samosažaljenje i sl. (18-20).

Kroničnu fazu obilježava smanjenje tolerancije prema alkoholu. Kritična faza završava pojavom ireverzibilnih alkoholnih oštećenja. Tu fazu često obilježava izrazita

moralna degradacija, oštećenje mišljenja, pojava alkoholnih psihoza, opsesivni karakter pijenja, propadanje cijelog sustava i priznanje poraza (18-20).

Osim promjene ličnosti, javljaju se i druge psihičke komplikacije alkoholizma. Prekomjerna uporaba alkohola može biti uzrok psihopatološke slike kroničnog organskog moždanog sindroma s demencijom i alkoholnim amnestičkim sindromom, kao i psihijatrijskih poremećaja kao što su: depresija, anksioznost, delirij, sumračno stanje i dr. (Tablica 4) (1).

1.2.4. Poremećaji u alkoholičara

Za vrijeme pregleda alkoholičara liječnik treba posvetiti pozornost tjelesnim, neurološkim i psihičkim poremećajima alkoholičara (Tablica 4) (5).

Tablica 4: Različiti somatski i psihički poremećaji te komplikacije kod alkoholičara (5,15)

Alkoholna intoksikacija	Akutna intoksikacija (Akutno pijano stanje) Patološko pijano stanje Bleekout (alkoholna amnezija)
Sindrom suzdržanja od alkohola	Tremor Alkoholna halucinoza Alkoholna epilepsija Delirium tremens
Bolesti živčanog sustava kao posljedica nedostatka hranjivih tvari	Sindrom Wernicke-Korsakoff Cerebralna degeneracija Periferna neuropatija Optička neuropatija Pelagra
Bolesti nepoznate patogeneze kod alkoholičara	Centralna pontinina mijelinoza Marchiafava-Bignamieva bolest Fetalni alkoholni sindrom Miopatija
Sistemske bolesti sa sekundarnim neurološkim komplikacijama	Bolesti jetre - hepatalna encefalopatija - stečena kronična hepatocerebralna degeneracija (Nonwilsonova bolest) Gastrointestinalne bolesti - malapsorpcijski sindrom - postgastrektomički sindrom
Kardiovaskularne bolesti	Kardiomiopatija Aritmija i hipertenzija
Hematološke bolesti	Anemija, leukopenija, trombocitopenija
Hipotermija i hipertermija	
Disbalans elektrolita	Hiponatremija, hiperkalcemija, hipomagnezijemija, hipofosfatemija, hipoglikemija i hiperglikemija
Ozljeda mozga	Intracerebralni hematom, subduralni i epiduralni hematom

1.2.5. Tipovi alkoholičara

Alkoholičari s psihopatološkim oblikom agresivno-sadističkog ponašanja čine 22,3% alkoholičarske populacije. Prema Jelineku, alkoholičare se može svrstati u pet najtipičnijih alkoholnih slika koje je obilježio slovima grčkog alfabeta (19,20):

Alfa alkoholičari ovise o alkoholu iz psiholoških razloga. Alkohol im služi za otklanjanje psihičkih poteškoća (19). Koriste ga kako bi lakše savladali probleme u komunikaciji s realnom okolinom (4). Za ovu skupinu nije karakterističan niti gubitak kontrole niti nemogućnost apstinencije. Poteškoće se manifestiraju na razini poremećenih međuljudskih odnosa, a tijekom vremena mogu prijeći u teže forme alkoholizma (19,20).

Beta alkoholičari pokazuju komplikacije alkoholizma u obliku polineuropatije, gastritisa i ciroze ali nema psihofizičkih simptoma ovisnosti o alkoholu. Zdravstvene smetnje su u prvom redu uzrokovane metaboličkim promjenama zbog loše prehrane. Mogu postojati poremećaji u obiteljskim odnosima i na radnom mjestu, zatim na ekonomskom planu i društvu općenito, ali se ne javljaju smetnje apstinencijskog sindroma. Beta alkoholičar se može razvijati u gama i delta formu, a može i dugo ostati na ovoj razini (19,20).

Gama alkoholičari su teža vrsta alkoholičara (19,20). Razvijaju adaptaciju tjelesnog metabolizma na alkohol s povišenom tolerancijom na alkoholna pića. Kad takve osobe prestanu piti nema apstinencijskog sindroma, ali kad popiju prvu čašu više ne mogu kontrolirati pijenje (4,19,20).

Delta alkoholičari uz navedene simptome gama alkoholičara pokazuju nemogućnost apstinencije umjesto gubitka kontrole. Takve osobe su stalno pod utjecajem alkohola počevši od ranog jutra, inače ne mogu funkcionirati (19,20).

Epsilon alkoholičare karakterizira periodičan alkoholizam ili dipsomanija (kako se naziva u Europi i Latinskoj Americi). Radi se o posebnom kliničkom obliku alkoholizma u kojem bolesnik povremeno u kraćim ili dužim vremenskim razmacima dobiva neodoljivu želju za pijenjem. U dipsomanskom stanju bolesnik potroši ili izgubi sve što ima sa sobom, često i tuđi novac, pa je dipsomanija važan sudsko-medicinski problem, jer je u dipsomanskom stanju bolesnik neubrojiv. Tolerancija prema alkoholu je izrazito povišena, a u intervalima između dipsomanskih napada bolesnik može piti umjereno ili može apstinirati (19,20).

Uz Jelinekovu podjelu, navodi se još jedan tip alkoholičara:

Zeta tip alkoholičara kojeg čine one osobe kod kojih se nakon nekog vremena ili gotovo uvijek, nakon već i manjih količina alkohola, javljaju teške promjene u ponašanju uz agresiju. Ova skupina često vrši krvne delikte (4,18-20).

1.2.6. Dijagnoza alkoholizma

Sindrom ovisnost o alkoholu je definiran kriterijima prema MKB-10 i DSM-IV, što su dijagnostički sustavi od velikog značenja za standardizaciju dijagnostike u nacionalnim i internacionalnim odnosima. Ako je povijest bolesti učinjena prema definiranim kriterijima dobiva se dovoljno podataka za postavljanje formalne dijagnoze u skladu s oba sustava (15).

Ovisnost o alkoholu predstavlja sliku kompulzivnog načina pijenja, definiranu u MKB-10 i DSM-IV prisutnošću triju ili više glavnih kriterija oštećenja uzrokovanih alkoholom, koji su bili izraženi tijekom prethodnih 12 mjeseci. Ti kriteriji mogu uključivati toleranciju ili apstinencijski sindrom, trošenje velikog dijela vremena na upotrebu alkohola, povratak upotrebi usprkos štetnim tjelesnim ili psihosocijalnim posljedicama i ponovljene bezuspješne pokušaje kontroliranog pijenja. Tolerancija je čest fenomen kod pojave alkoholne ovisnosti, a karakteriziran je potrebom povećanja količine konzumiranog alkohola s vremenom kojom se postiže isto djelovanje (15).

Štetna uporaba alkohola tj. zlouporaba alkohola je dijagnosticirana ako je došlo do mentalnog ili tjelesnog oštećenja ili ga se upotrebljava u životno rizičnim situacijama (npr. upravljanje vozilom ili strojem). Zlouporaba alkohola se razlikuje od ovisnosti jer ne uključuje toleranciju i apstinencijski sindrom ili kompulzivni način pijenja, već je definirana negativnim posljedicama opetovanog pijenja. Može se razviti u ovisnost o alkoholu, a društveno neprilagođene slike pijenja mogu uključivati trajno prekomjerno pijenje, vikend intoksikacije ili faze teškog opijanja i apstinencije (15).

Postoje brojni upitnici za identifikaciju alkoholom uzrokovanih poremećaja i rizičnog pijenja, no za praktičara je najuputnije vladati samo jednim i primjenjivati ga u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Vrlo je poznat i često korišten Test za identifikaciju alkoholom uzrokovanih poremećaja (Alcohol Use Disorders Identification – AUDIT). Ovo je tip intervjua i upitnika u kojem se na poseban način boduju odgovori, pri čemu je najmanji rezultat 0 (za one koji ne piju) dok je najveći mogući 40 bodova. Rezultat od 8 ili više bodova indicira vjerojatnost riskantnog i škodljivog pijenja (15).

1.2.7. Liječenje alkoholizma

Između ostalog, najčešće se primjenjuje motivacijski intervju koji možemo svrstati terapijske tehnike koje primjenjujemo u procesu liječenja kao praktičan i prihvatljiv način kad postoji neodlučnost i otpor pri odluci o liječenju. Početna ambivalentnost pri odluci o liječenju se rješava *individualnom psihoterapijom*, a cilj je potaknuti unutrašnju, skrivenu motivaciju, apelirajući na bolesnikovu odgovornost koja će utjecati na pokretanje promjene.

Kognitivno-bihevioralni pristup se temelji na pretpostavci kako je ovisnost o alkoholu uglavnom naučeno ponašanje, te se liječenjem i apstinencijom vrši zamjena slabo adaptivnog ponašanja tijekom pijenja boljim i prihvatljivijim modelom ponašanja. Primjenjuje se uvijekbavanje socijalnih vještina kao i vještina rješavanja problema, izvode se vježbe opuštanja te učenje kontrole bijesa (21).

Na području liječenja i rehabilitacije u Hrvatskoj postoji niz postupaka premda svi oni imaju isto izvorište u grupnim postupcima (grupnim psihijatrijskim tehnikama). Najpoznatiji pristup je Hudolinov kompleksni socijalno-psihijatrijski postupak Zagrebačke škole alkoholologije, koji se sastoji od: grupne psihoterapije, obiteljske terapije, edukacije, terapijske zajednice, mogućeg medikamentoznog liječenja i kluba liječenih alkoholičara. Postoji i vrlo razvijen obiteljski pristup, koji se sastoji od potpune obiteljske terapije tijekom duljeg vremena (1,5).

1.2.7.1. Farmakoterapija alkoholizma

Primjena medikamenata u liječenju ovisnosti o alkoholu ima za cilj omogućiti bolesniku aktivnije uključivanje u sam proces liječenja te otkloniti niz sekundarnih simptoma.

Detoksikacijski postupak se provodi u početnoj fazi liječenja, a cilj je uklanjanje ili ublažavanje toksičnog djelovanja alkohola. Sastoji se u davanju vitamina, preparata za zaštitu jetre i glukoze (parenteralno) (15)

Disulfiram (Antabus) – uzimajući disulfiram bolesnici imaju iznimno neugodnu reakciju ako unesu u organizam i vrlo malu količinu alkohola. Reakcija je uzrokovana nakupljanjem acetaldehida radi inhibicije aldehid dehidrogenaze što uključuje nastanak niza somatskih i neuroloških simptoma koji mogu biti vrlo teški (15).

Sredstva za smanjenje želje za alkoholom; Naltrekson (Re-Via) je antagonist opioidnih receptora. U dozi 50-100 mg na dan se pokazao učinkovitim za smanjenje želje za pijenjem i održavanjem apstinencije. Akamprostat nema interakcije s alkoholom i sedativima i ne stvara naviku. Mehanizam djelovanja nije u potpunosti poznat, no govori se o tomu kako stimulira inhibitor GABA transmisije i sprječava produkciju ekscitatornih aminokiselina, prvenstveno glutamata. Podržava uspostavu apstinencije (15).

Sedativi i antidepresivi se preporučuju, budući su anksioznost i depresivne smetnje vrlo česte u ovisnika o alkoholu (15).

1.3. Povezanost alkoholizma i depresije

Depresija i alkoholizam su izrazito povezani. Mnogi depresivni ljudi mogu postati alkoholičari jer tjeskobu i neraspoloženje pokušavaju riješiti pijenjem alkohola, a isto tako mnogo toga u životu alkoholičara djeluje na povećanje depresije i loše raspoloženje što čini zatvoren krug (22).

Alkoholizam se može javiti kao samostalni entitet ili biva praćen nekim drugim psihijatrijskim ili tjelesnim oboljenjima. Već je dugo poznato kako se među alkoholičarima javlja neobično velik postotak osoba koje pate od velikog depresivnog poremećaja (23,25).

Dvije su mogućnosti povezanosti alkoholizma i depresije: simptomatski alkoholizam s već postojećom primarnom depresijom i alkoholizam koji vodi u simptomatsku ili sekundarnu depresiju. Depresivno stanje se može javiti akutno nakon početka apstinencije uz relativno čest suicid, zbog toga što bolesnik naglo prekida uzimanje alkohola kojeg koristi i kao antidepresivno sredstvo te se javlja pogoršanje osnovnog stanja. Depresija se može javiti kao sekundarni fenomen s obzirom na alkoholizam bilo u tijeku same bolesti, bilo u tijeku terapijske apstinencije (23-25).

1.3.1. Epidemiologija alkoholizma povezanog s depresijom

Depresija je češća u osoba koje: zloupotrebljavaju alkohol, u mladoj dobi počinju s opijanjem, imaju obiteljsku anamnezu alkoholizma, nižeg su socijalnog statusa, žena alkoholičarki i rastavljenih. Predisponirajući čimbenici su: anksioznost, zloraba drugih sredstava ovisnosti i pokušaji suicida. Anamneza nedavnih stresnih događaja i prijašnje depresije se smatraju rizičnim čimbenicima za sekundarnu depresiju kod muškaraca ovisnih o alkoholu (25). Tako, alkoholizam prethodi depresiji (primarni alkoholizam) u 78% muškaraca, a depresija prethodi zlorabi ili ovisnosti o alkoholu (primarna depresija) u 66% žena (25). Također, depresija je pronađena kod 48,5% žena ovisnih o alkoholu, što je četiri puta više nego u općoj populaciji. Alkoholizam se dijagnosticira kod 34% depresivnih bolesnika na psihijatrijskom liječenju, a depresija kod 24-59% bolesnika na liječenju alkoholizma (25).

Neke velike epidemiološke studije su pokazale kako je 24% muškaraca ovisnih o alkoholu imalo depresiju tijekom života, što je tri puta više nego u općoj populaciji. Prevalencija suicida među alkoholičarima iznosi 7%, a prema nekim istraživanjima i do 15%. Oko 30-40% alkoholičara obole i od velikog depresivnog poremećaja. Teški depresivni poremećaj se javlja češće u muškaraca alkoholičara (5%) i žena alkoholičarki (19%) za razliku od opće populacije muškaraca (3%) i žena (7%). Klinička istraživanja pokazuju kako

se teški depresivni poremećaj javlja u 23%, a distimija u 13% stacionarno liječenih alkoholičara (25).

1.3.2. Etiologija alkoholizma povezanog s depresijom

Etiologija alkoholizma povezanog s depresijom nije u potpunosti poznata. Prema nekim studijama bitnu ulogu u nastanku ta dva poremećaja igraju serotoninske abnormalnosti. Sukladno tomu serotoninski mehanizmi mogu biti važni u razumijevanju patofiziološke povezanosti alkoholizma i depresije. Tako su u alkoholičara nađene smanjene vrijednosti glavnog metabolita serotonina 5-HT (hidroksi triptamin) u cerebrospinalnom likvoru, što je protumačeno kao smanjena serotoninergička transmisija. Serotoninski antidepressivni učinak je bio mnogo veći od placeba u smanjenju depresivnih simptoma kod alkoholičara (26). Na toj osnovi se može zaključiti kako je disfunkcija serotonina u biološkoj podlozi alkoholizma, anksioznosti, depresije, alkoholom potaknute depresije, impulzivnosti i nasilja (25,26).

Učestalost pojavljivanja depresije i alkoholizma je potaknulo pitanje moguće genetičke povezanosti. Dosadašnja istraživanja ukazuju kako se navedeni poremećaji prenose neovisno unutar obitelji, premda se oba poremećaja pojavljuju u široj obitelji. Smatra se kako komorbidnost nastaje zbog šest specifičnih genetskih i okolinskih čimbenika (25).

1.3.3. Klinička slika alkoholizma povezanog s depresijom

Najčešće je teško razlučiti što je primarni poremećaj; depresija ili pretjerano konzumiranje alkohola. Naime, jednako je moguće kako alkoholizam dovodi do depresije, kao i to kako već depresivna osoba pokuša naći rješenje svojih problema u alkoholu. Tegobe koje izaziva depresija su vrlo ozbiljne, a podaci pokazuju kako preko 75% depresivnih bolesnika razmišlja o suicidu, a čak 15% njih izvrši taj čin (22).

Prvi znaci koji upućuju na uporabu alkohola u svrhu potiskivanja depresije je konzumacija za vrijeme napada lošeg raspoloženja. Depresivni bolesnici najčešće piju sami i vrlo brzo gube kontrolu nad količinom popijenog alkohola. Svaki put kada počmu piti, piju do teškog pijanstva i počinju s vremenom razvijati povećanu toleranciju na alkohol. Pijanstva postaju češća što se odražava na socijalne i radne funkcije te sposobnosti. Ovakvo stanje dodatno narušava percepciju same osobe čime se pogoršava depresivno stanje i povećava potreba za alkoholom (22).

1.3.4. Dijagnoza alkoholizma kao komorbiditetnog stanja depresije

Dijagnoza se postavlja prema kriterijima DSM-IV. Postavlja se osnovna pretpostavka kada je psihijatrijski poremećaj prouzročen alkoholom, odnosno kada nije. Kada alkoholičar pokazuje kliničku sliku nekog psihijatrijskog poremećaja potrebno je pokazati kauzalnu vezu sa zloporabom alkohola. Pri tomu je vrlo teško razlučiti primarne psihološke simptome od sekundarnih alkoholom prouzročenih simptoma (25). Alkoholom prouzročena depresija može biti dijagnosticirana ako se simptomi razviju tijekom intoksikacije ili unutar mjesec dana nakon intoksikacije. Isti simptomi se mogu razviti unutar mjesec dana nakon početka apstinencije te u oba slučaja uzrokuju disfunkcionalnost u svakodnevnom životu. Nasuprot tomu, depresija kao psihički poremećaj nije prouzročena alkoholom kada simptomi prethode početku pijenja alkohola, perzistiraju tijekom značajnog perioda (mjesec dana i više) nakon prestanka teške intoksikacije ili alkoholnog apstinencijskog simptoma. Također depresija je ipak pretpostavljeno primarni poremećaj i kada su tipični simptomi pretjerani u odnosu na trajanje pijenja ili količinu popijenog alkohola te ako postoje anamnestički podatci postojanja rekurentnih epizoda depresije neovisnoj o alkoholu (25).

1.3.5. Liječenje depresije i alkoholizma

Liječenje depresije koja se javlja istovremeno s alkoholizmom nije moguće dok se ne uspostavi apstinencija od alkohola. Nakon uspostavljanja apstinencije, u drugoj fazi, liječi se depresija. Postoji nekoliko značajnih praktičnih razloga za određivanje boluje li alkoholičar istovremeno i od depresije; - problemi u vezi s pijenjem su obično i glavni uzrok depresije, apstinencija od alkohola pogoršava depresiju. Mali postotak alkoholičara će imati korist od antidepresiva, ali prvo treba uspostaviti apstinenciju i liječiti alkoholizam (25).

Uvid u bolest ovisnosti o alkoholu i motivacija za apstinenciju se postiže: *kognitivno-bihevioralnom metodom, individualnom i grupnom psihoterapijom i metodama socioterapijske zajednice* (25).

Psihofarmakoterapija se započinje anksioliticima (benzodijazepinima). Treba uzeti u obzir adiktivni potencijal benzodijazepina i individualnu sklonost alkoholičara za razvoj ovisnosti te nakon nekoliko tjedana ih postupno isključivati iz terapije. Ponekad se simptomi depresije javljaju zajedno sa simptomima apstinencijske krize tijekom prvih nekoliko tjedana apstinencije te u takvom slučaju ne treba provoditi liječenje depresije. Ako intenzivni depresivni simptomi traju mjesec dana ili duže te ako se radi o primarnom depresivnom poremećaju koji nije prouzročen alkoholom, provodi se i terapija antidepresivima: selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina-SIPPS-i (citalopram i fluoksetin), modulator glutamata

(tianeptin) trazodon, ondasetron i stabilizatorima raspoloženja (karbamazepin i valproat). Antidepresivi i stabilizatori raspoloženja se primjenju prema uobičajenim načelima liječenja, a terapija se završava postupnim smanjenjem doze kako bi se izbjegao povratak simptoma bolesti. Elektrokonvulzivna terapija (EKT) može biti uporabljena kada nije dobar odgovor na medikamentoznu terapiju (25).

Drugi razlog za precizno dijagnosticiranje i liječenje depresije je taj što bez toga liječenje alkoholizma nema izgleda za uspjeh. Depresivni bolesnik teško prihvaća prestanak pijenja, a neliječena depresija ubrzava i pogoršava tijek ovisnosti. Također je izuzetno važno procijeniti suicidalni rizik što se može samo uz precizno dijagnosticiranje stanja. Suicidalni rizik je povećan kod alkoholičara, a raste ako je prisutna i depresija. Za dugotrajno liječenje saznanje kako uz depresiju postoji i alkoholizam ima veliki značaj o kojem treba otvoreno raspraviti s bolesnikom (25).

2. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja u ovom radu je:

- odrediti broj bolesnika u promatranom uzorku s istovremeno prisutnim alkoholizmom i depresijom;
- odrediti broj ili udio bolesnika u promatranom uzorku kod kojih se može odrediti primarna dijagnoza alkoholizma ili depresije s komorbiditetnim stanjima;
- odrediti prevalenciju pojedinih dijagnoza unutar promatranog uzorka prema spolu i prema životnoj dobi;
- moguće odrediti stanje bolesnika uz progresiju primarno dijagnosticirane bolesti prema dijagnozama dodatnih komorbiditetnih stanja i broju hospitalizacija.

Radne hipoteze:

- može li se prema podacima iz otpusnih pisama izdvojiti primarna dijagnoza te odrediti broj ili udio bolesnika u uzorku s primarnom dijagnozom alkoholizma ili depresije?
- može li se prema podacima iz otpusnih pisama odrediti prevalencija i progresija te stanje bolesnika prema pojedinim dijagnozama unutar promatranog uzorka?

3. Ispitanici i metode

Ispitanici su bolesnici s istovremeno prisutnim simptomima depresije i alkoholizma koji su se liječili u Klinici za psihijatriju KBC-a Split u razdoblju od 01.01.2015. do 30.09.2015. godine. Ukupno je kod 36 bolesnika utvrđena istovremena prisutnost simptoma depresije i alkoholizma te je njihova anamneza uzeta u razmatranje.

U izradi ovog istraživanja je korištena dokumentacija Klinike za psihijatriju KBC-a Split. Stanje bolesnika je dijagnosticirano prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10). Kao standardni psihijatrijski instrumentarij je provedena metoda intervjua o osobnom stanju i životnom okruženju bolesnika. Za ovaj rad je provedena analiza otpusnih pisama osoba liječenih u navedenom razdoblju te psihički status čime su prikupljeni podatci za: spol, dob, ostale psihičke poremećaje (poput PTSP-a) te broj hospitalizacija. Pri tomu se pod ostale psihičke poremećaje svrstavaju oni trajni emocionalni organski poremećaji ili poremećaji slični shizofreniji.

Podatci su obrađeni statistički što uključuje deskriptivnu statistiku (aritmetičku sredinu, standardnu devijaciju, raspon varijabilnosti, medijan, % udio, koeficijent varijabilnosti te frekvencije pojava) kao i neparametrijske testove frekvencija dviju dihotomnih varijabli (hi-kvadrat test, Fisherov egzaktni test). Također je korišten parametrijski t-test za razliku dvaju neovisnih uzoraka unutar populacije. Normalitet raspodjele uzorka je analiziran Shapiro-Wilk's W-testom.

Značajnost navedenih testova je izražena korištenjem parametra vjerojatnosti $p=0,05$. Podatci dobiveni analizom uzorka bolesnika su ujedno prikazani i grafički. Navedene statističke analize su izvršene primjenom programa Microsoft® Excel 2008 program za Windows i Statistica for Windows, ver. 10.0. (statSoft Inc., 1995, Tulsa, USA).

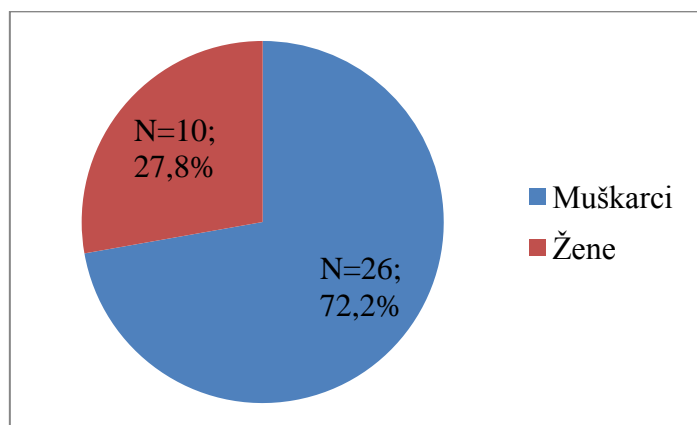
4. Rezultati

4.1. Sastav ispitivane grupe bolesnika u odnosu na spol i životnu dob

U Klinici za psihijatriju KBC-a Split u razdoblju od 01.01.2015. do 30.09.2015. godine je ukupno kod 36 bolesnika utvrđena istovremena prisutnost simptoma depresije i alkoholizma. Od tog broja 26 bolesnika su muškarci (72,2%), a 10 ih čine žene (27,8%). Omjer broja muških bolesnika u odnosu prema ženskim bolesnicima je 2,6:1. Takav omjer je statistički značajan, odnosno statistički znatno veći broj muškaraca u odnosu na žene obolijeva od komorbiditetnih stanja alkoholizma i depresije: hi-kvadrat test=14,22, df=1, $p<0,05$ (Tablica 5; Slika 1).

Tablica 5: Odnos broja bolesnika prema spolu (p-vjerojatnost, df-broj stupnjeva slobode)

Spol	N (broj bolesnika)	Udio (%)	Omjer	Hi-kvadrat test
Muškarci	26	72,2 %	M:Ž = 2,6:1	=14,22
Žene	10	27,8 %		$p<0,05$
M+Ž	36	100		df=1



Slika 1: Spolna struktura bolesnika u uzorku

Prema dobnoj strukturi ukupno najveći broj bolesnika nalazimo u dobnoj skupini između 51 i 60 godina starosti (N=16, 44,0%), odnosno u skupini od 50 do 55 godina (N=9, 25,0%) bez obzira na spol. Najmanji broj bolesnika se nalazi u razredima od 31 do 40 godina (N=3, 8,33%) i 71 do 80 godina (N=3, 8,33%). Prosječna životna dob u uzorku bolesnika bez obzira na spol iznosi 53,78 godina, uz standardnu devijaciju od 9,64 godine i medijan 54,50 godina. Najmlađi bolesnik je imao 32 godine, a najstariji 73 godine, što čini raspon od 41

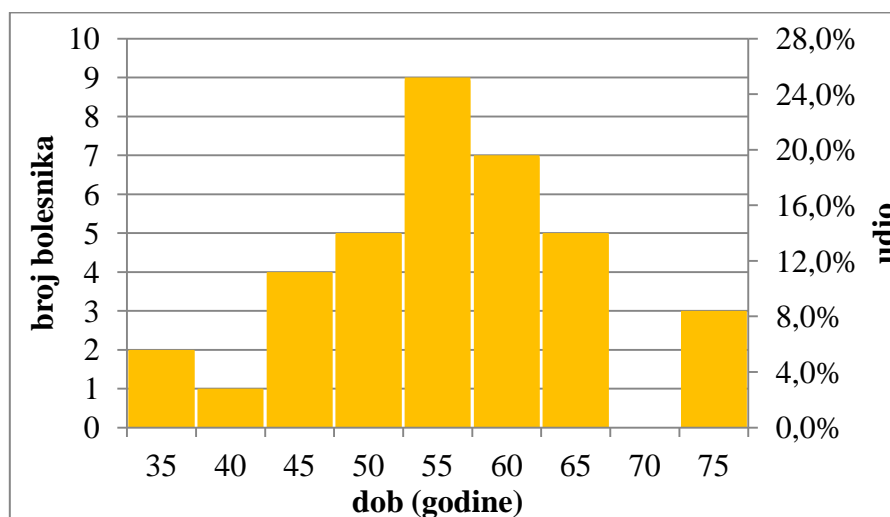
godinu, odnosno koeficijent varijabilnosti od 17,92%. Uzorak životne dobi pokazuje pravilnu distribuciju u populaciji: Shapiro-Wilk's W-test=0,98, p=0,65 (Tablica 6, 7; Slika 2, 3).

Tablica 6: Dobna struktura pacijenata u ukupnom uzorku bez obzira na spol

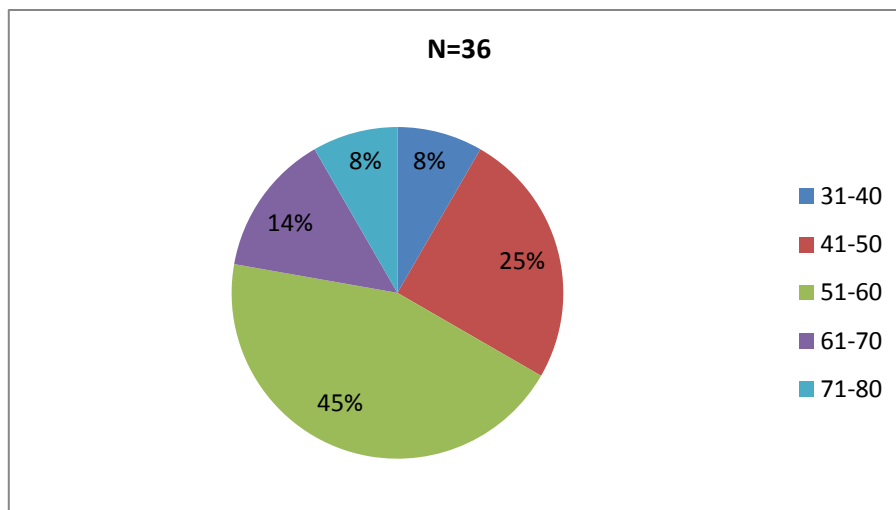
Raspon (godine)	N=36	%	Aritmet. sredina	Stand. devijacija
31-40	3	8,33	53,78 godina	9,64 godine
41-50	9	25,0		
51-60	16	44,0		
61-70	5	13,89		
71-80	3	8,33		

Tablica 7: Deskriptivna statistika ukupnog broja bolesnika prema životnoj dobi, bez obzira na spol

Medijan	Minimum-Maksimum (Raspon)	Koeficijent varijabilnosti
54,50 godina	32-73 (41) godina	17,92%



Slika 2: Raspon broja bolesnika unutar dobne strukture u ukupnom uzorku bez obzira na spol

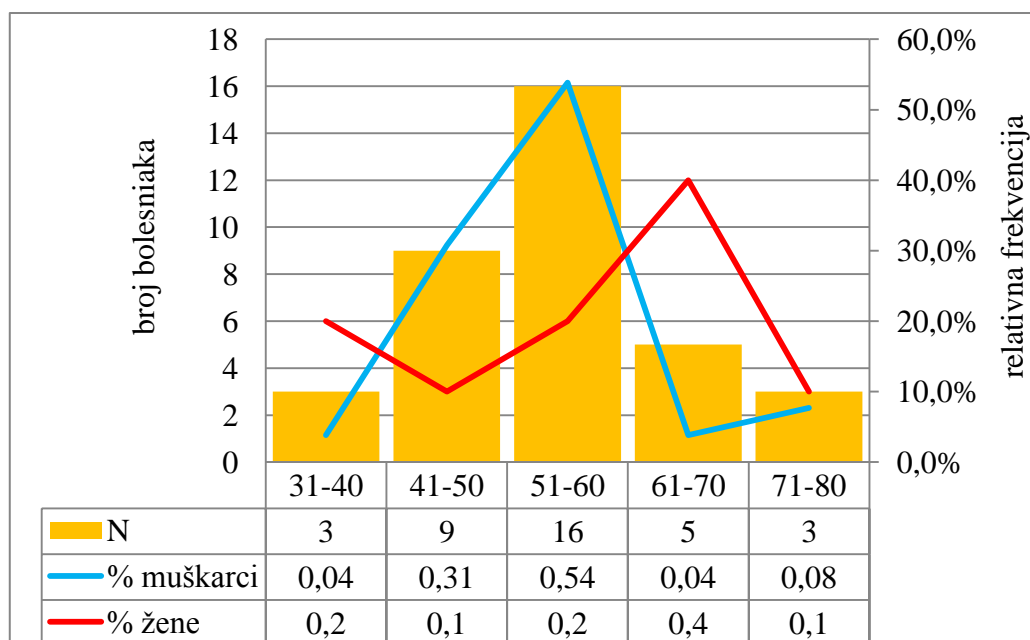


Slika 3: Udio broja bolesnika u dobnim razredima u ukupnom uzorku bez obzira na spol; navedeni su postotci (%) unutar starosnih razreda (godine) označenih bojom

Dobna struktura prema spolu unutar uzorka pokazuje prosječnu životnu dob za muškarce od 53,04 godine, uz standardnu devijaciju 8,08 godina te medijan 53,50 godina. Najmlađi muškarac je imao 35 godina, a najstariji 71 godinu, što čini raspon od 36 godina, a koeficijent varijabilnosti od 15,23%. Za žene je prosječna životna dob ispitanica 55,70 godina uz standardnu devijaciju 13,22 godine te medijan 59,50 godina. Najmlađa žena je imala 32 godine, a najstarija 73 godine što daje raspon od 41 godine, a koeficijent varijabilnosti od 23,73%. Između muškaraca i žena u uzorku nema statistički značajne razlike u godinama: t-test=-0,74, p=0,47, df=34. Relativne frekvencije zastupljenosti spola u dobnim razredima pokazuje nešto veću učestalost žena u najmlađoj dobnoj skupini i starijim dobnim skupinama, dok je frekvencija muških bolesnika više rasprostranjena kroz srednje dobne skupine (Tablica 8; Slika 4).

Tablica 8: Deskriptivna statistika životne dobi bolesnika u odnosu na spol (p-vjerojatnost, df-broj stupnjeva slobode)

Spol	Aritmet. sredina (godine)	Standardna devijacija (godine)	Medijan (godine)	Minimum-Maksimum (Raspon)	Koeficijent varijabilnosti (%)	t-test
Muškarci	53,04	8,08	53,50	35-71 (36)	15,23	=-0,74 p=0,47 df=34
Žene	55,70	13,22	59,50	32-73 (41)	23,73	



Slika 4: Frekvencije prema spolu unutar starosnih razreda označenih stupcima; N=ukupan broj ispitanika, linije su vrijednosti relativnih frekvencija spolova u svakom starosnom razredu (stupac)

4.2. Ostala komorbidna stanja ispitanika i hospitalizacija

Iz bolesničkih otpusnih pisama su prikupljeni podatci o sljedećim parametrima: komorbiditetu ostalih psihičkih poremećaja uz dijagnozu depresije i alkoholizma te broju hospitalizacija. Psihički poremećaji se odnose na one trajne emocionalne organske poremećaje ili poremećaje slične shizofreniji.

Od ukupnog broja ispitivanog uzorka evidentirano je 10 muškaraca s dijagnozom PTSP-a kao komorbidnog stanja uz dijagnosticiranu depresiju i alkoholizam. U ukupnom uzorku muškaraca to iznosi 38,46%, odnosno 52,63% dodatnih komorbidnih stanja među ispitivanim muškarcima, također iznosi 43,48% među svim komorbidnim poremećajima ličnosti u uzorku bez obzira na spol, te 27,78% ispitivanog uzorka (Tablica 9, 10; Slika 5, 6).

Također je evidentirano 9 muškaraca s ostalim psihičkim poremećajima što iznosi 34,26% u ukupnom uzorku muškaraca, odnosno 47,37% dodatnih komorbidnih stanja među ispitivanim muškarcima, također iznosi 39,13% među svim komorbidnim poremećajima ličnosti u uzorku bez obzira na spol, te 25,0% ispitivanog uzorka (Tablica 9, 10; Slika 5, 6).

Kod žena su evidentirane 4 osobe s dodatnim komorbidnim stanjima što iznosi 40,0% u ukupnom uzorku žena, odnosno iznosi 17,39% među svim komorbidnim poremećajima u uzorku bez obzira na spol, te 11,11% ispitivanog uzorka (Tablica 9, 10; Slika 5, 6).

Ukupno je evidentirano 19 muškaraca koji imaju sva promatrana komorbidna stanja što iznosi 73,08% ukupnog broja muškaraca u uzorku, odnosno 82,61% svih komorbidnih stanja u uzorku. Ukupno je 23 ispitanika oba spola imalo dodatno komorbidno stanje, što iznosi 63,89% ispitivanog uzorka te je u omjeru 1,77:1 prema drugima (Tablica 9, 10; Slika 5, 6).

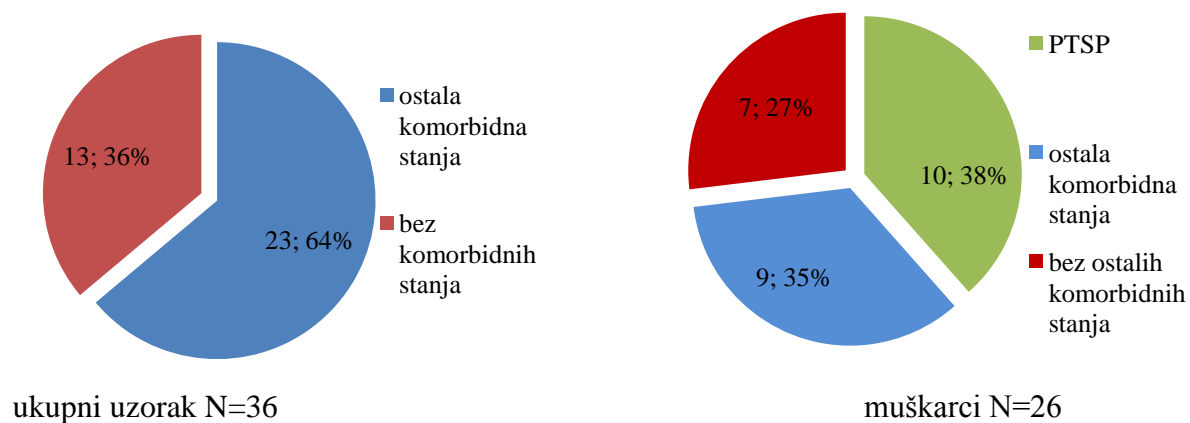
Prikupljeni podatci unutar promatranog uzorka pokazuju odnos 2,25:1 između spolova za ostala psihička komorbidna stanja, odnosno 2,5:1 ako se promatra i skupina muškaraca s PTSP-om. Ukupni omjer svih promatranih komorbidnih poremećaja između spolova iznosi 4,75:1 (Tablica 9, 10; Slika 5, 6).

Tablica 9: Prikaz broja bolesnika prema promatranim ostalim komorbidnim stanjima (ukupan broj bolesnika N=36; Nmuškarci=26; Nžene=10)

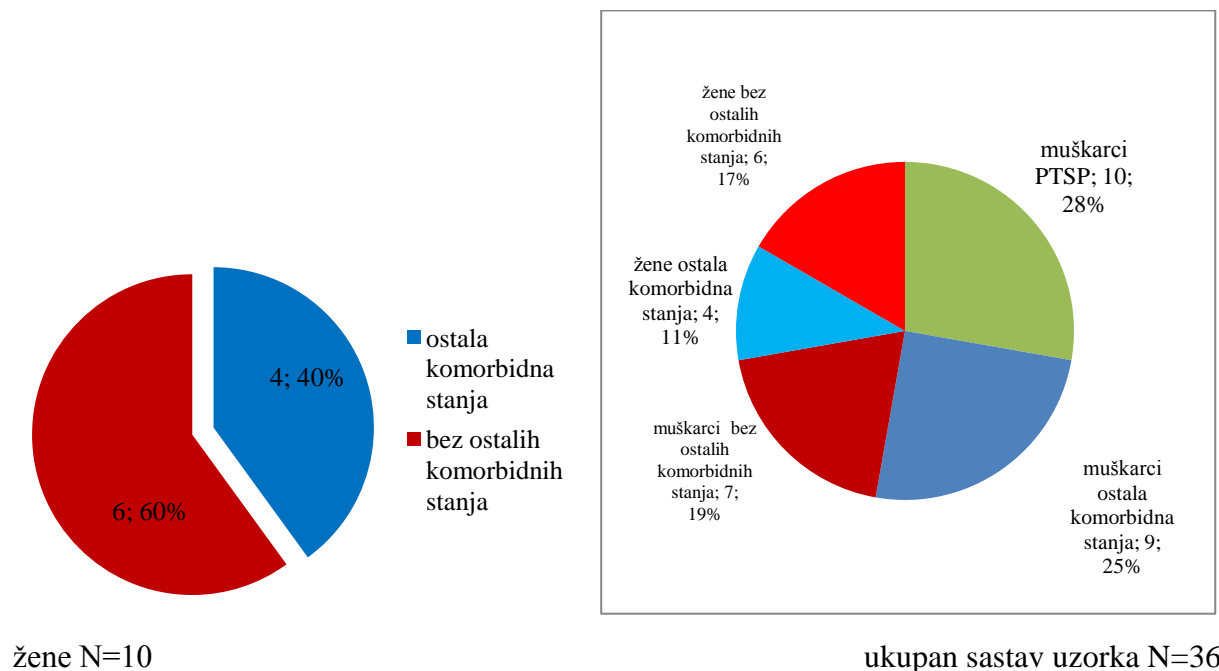
parametri	podskupina	Muškarci N (%)	Žene N (%)	Ukupno N (%)
psihički poremećaji	PTSP	10 (38,46)	-	10 (27,78%)
	ostalo (poremećaji ličnosti)	9 (34,26)	4 (40,0%)	13 (36,11%)
	bez drugih psihičkih komorbidnih stanja	7 (26,92)	6 (60,0%)	13 (36,11%)

Tablica 10: Odnos komorbidnih stanja u uzorku bolesnika s dijagnosticiranim alkoholizmom i depresijom

skupina	Muškarci			Žene
Udio u (%)	PTSP	Ostali komorbidni psihički poremećaji	Ukupno (PTSP+ostali)	Ostali komorbidni psihički poremećaji
ukupnom broju muškaraca	38,46	34,26	73,08	-
ukupnom broju žena	-	-	-	40,0
komorbidnim stanjima među muškarcima	52,63	47,37	100,0	omjer 1:4,75
komorbidnim stanjima među ženama	omjer 2,5:1	omjer 2,25:1	omjer 4,75:1	100,0
ukupnim komorbidnim stanjima bez obzira na spol	43,48	39,13	82,61	17,39
ukupnom broju ispitanika u uzorku	27,78	25,0	52,78	11,11



Slika 5: Odnos komorbidnih stanja u uzorku bolesnika s dijagnosticiranim alkoholizmom i depresijom (za ukupan broj bolesnika u uzorku te za muškarce u uzorku)



Slika 6: Odnos komorbidnih stanja u uzorku bolesnika s dijagnosticiranim alkoholizmom i depresijom

Analiziranjem frekvencija u broju dodatnih komorbidnih stanja i stanja bez dodatnih komorbiditeta u ukupnom uzorku bolesnika s dijagnozom istovremenog alkoholizma i depresije dobivena je statistički značajna razlika: hi-kvadrat test=6,96, df=1, $p<0,05$. Ovo ukazuje kako je većina bolesnika u uzorku izložena raznim komorbidnim stanjima (Tablica 11).

Razlike između spolova prema frekvenciji dodatnih komorbidnih stanja nisu se pokazale statistički značajnima: Fisherov egzakti test $p>0,05$. Ovo ukazuje na visoku učestalost komorbidnih stanja bez obzira na spol (Tablica 11).

Nije bilo statistički značajne razlike između spolova prema frekvenciji broja ispitanika bez dodatnih komorbiditetnih stanja: hi-kvadrat test=0,52, df=1, $p>0,05$. Ovo upućuje na ravnomjernost učestalosti navedenih pojava u uzorku (Tablica 11).

Razlike unutar spolova su se pokazale statistički značajnima za muškarce: hi-kvadrat test=11,08, df=1, $p<0,05$. Kod žena nije bilo statistički značajne razlike: Fisherov egzakti test $p>0,05$. Ovo ukazuje kako je većina muškaraca u uzorku izložena raznim komorbidnim stanjima (Tablica 11).

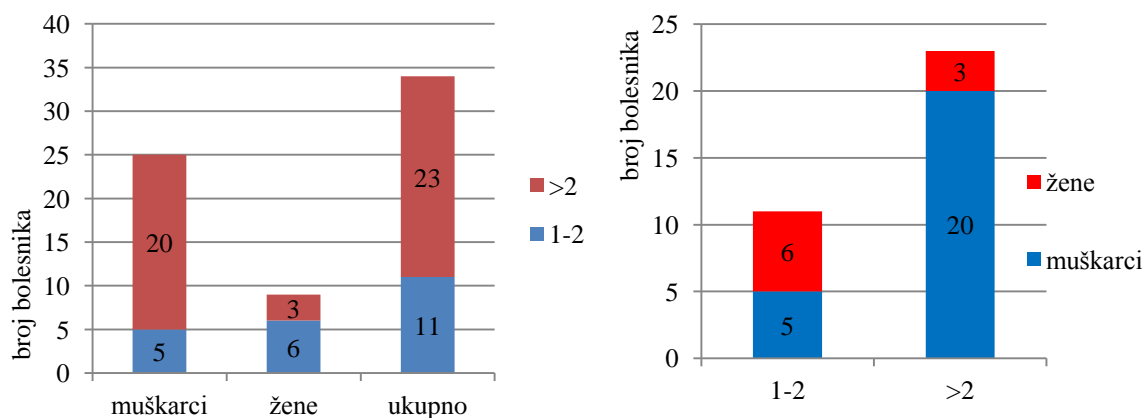
Tablica 11: Odnosi frekvencija bolesnika sa stanjima dodatnih komorbiditeta unutar uzorka (p-vjerojatnost, df-broj stupnjeva slobode)

stanja uz dijagnosticiran alkoholizam i depresiju		stanja s dodatnim komorbiditetima	stanja bez dodatnih komorbiditeta	analiza	
odnosi broja bolesnika	ukupan uzorak	ukupno	ukupno	Hi-kvadrat test=6,96, df=1, $p<0,05$	
	između spolova	muškarci vs. žene	muškarci vs. žene	Fisherov egzakti test, $p>0,05$	Hi-kvadrat test=0,52, df=1, $p>0,05$
	unutar spolova	muškarci	muškarci	Hi-kvadrat test=11,08, df=1, $p<0,05$	
		žene	žene	Fisherov egzakti test, $p>0,05$	

Broj hospitalizacija je evidentiran kroz dvije skupine: 1-2 hospitalizacije i višekratne hospitalizacije (>2). Podatci pokazuju kako se u ovakvom uzorku više od 90% svih bolesnika hospitalizira. Za dvoje ispitanika podatci o broju hospitalizacija su nepoznati (N=2; 5,55%). Broj muškaraca s 1-2 hospitalizacije (N=5) s udjelom 19,24% je nizak u odnosu na broj muškaraca s višekratnim hospitalizacijama (N=20) i udjelom 76,92% u ukupnom broju muškaraca. U ukupnom broju žena je zabilježen nizak broj višekratnih hospitalizacija (N=3; 30,0%) u odnosu na broj 1-2 hospitalizacije (N=6; 60,0%) (Tablica 12, Slika 7).

Tablica 12: Prikaz broja bolesnika prema broju hospitalizacija (ukupan broj bolesnika N=34; Nmuškarci=25; Nžene=9)

parametar	podskupina	Muškarci N (%)	Žene N (%)	Ukupno N (%)
broj hospitalizacija	1-2	5 (19,24)	6 (60,0%)	11 (30,56%)
	>2	20 (76,92)	3 (30,0%)	23 (63,89)
	nepoznato	1 (3,84%)	1 (10,0%)	2 (5,55%)



Slika 7: Odnos bolesnika prema broju hospitaliziranja (N=34, za 2 bolesnika podatak je nepoznat)

Analiziranjem frekvencija hospitalizacija u ukupnom uzorku bolesnika s dijagnozom istovremenog alkoholizma i depresije dobivena je statistički značajna razlika u frekvenciji višekratno hospitaliziranih bolesnika u odnosu na bolesnike s 1-2 hospitalizacije: hi-kvadrat test=8,47, df=1, $p<0,05$. Ovo može ukazivati na progresije komorbiditetnih stanja (Tablica 13).

Statistički značajna razlika u broju hospitaliziranja postoji i između spolova: Fisherov egzaktni test $p<0,05$. Ovo ukazuje kako su izrazita višekratna hospitaliziranja muškaraca u odnosu na žene (Tablica 13).

Razlike u broju hospitaliziranja unutar spolova pokazuje statistički značajnu razliku za muškarce: Fisherov egzaktni test $p<0,05$, dok za žene razlika nije značajna: Fisherov egzaktni test $p>0,05$. Ovo može ukazivati na spolnu diferenciranu specifičnost hospitaliziranih bolesnika (Tablica 13).

Tablica 13: Odnosi frekvencija bolesnika sa brojem hospitalizacija unutar uzorka (p-vjerojatnost, df-broj stupnjeva slobode)

skupina	odnosi frekvencija hospitalizacija (1-2 vs. >2)
muškarci	Fisherov egzaktni test $p<0,05$
žene	Fisherov egzaktni test $p>0,05$
muškarci vs. žene	Fisherov egzaktni test $p<0,05$
ukupno	hi-kvadrat test=8,47, df=1, $p<0,05$

5. Rasprava

Na Klinici za psihijatriju KBC-a Split u razdoblju od 01.01.2015. do 30.09.2015. godine je ukupno u 36 bolesnika utvrđena istovremena prisutnost simptoma depresije i alkoholizma. U toj skupini je statistički značajno veći broj muškaraca u odnosu na žene i predložen je omjerom 2,6:1. Ovo odgovara podacima za epidemiologiju alkoholizma gdje je znatno više muškaraca alkoholičara u odnosu na žene (1,4,5,25). Budući je depresija česta kao komorbidno stanje u alkoholičara, ona je time zastupljena u većem omjeru u ovom uzorku nego kao samostalno psihijatrijsko oboljenje koje se, prema podacima u literaturi i kliničkim podacima, češće dijagnosticira u žena (1,25). Također, istim principom bi imala više udjela kao sekundarna dijagnoza u uzorku.

Analiza uzorka prema dobnoj strukturi pokazuje najveći broj bolesnika u dobnoj skupini između 50 i 60 godina starosti odnosno u skupini od 50 do 55 godina bez obzira na spol. Najmanji broj bolesnika se nalazi u razredima od 31 do 40 godina i u 71 do 80 godina. Uzorak životne dobi pokazuje pravilnu distribuciju u populaciji psihijatrijskih bolesnika s alkoholizmom i depresijom u komorbiditetu (15,25).

Prosječna životna dob u uzorku bolesnika bez obzira na spol iznosi 54 godine, što donekle odgovara podacima o većoj zastupljenosti depresije kod srednje i starije životne dobi (4,5). Tijek bolesti je kroničan, a depresija kao komorbiditet se mogla i kasnije dijagnosticirati uz primarni alkoholizam, pa se isti podatci mogu povezati i s progresijom alkoholne ovisnosti oko srednje životne dobi (15). Dobna struktura prema spolu unutar uzorka pokazuje 53 godine kao prosječnu životnu dob za muškarce. Za žene prosječna životna dob ispitanica iznosi 56 godina. Između muškaraca i žena u uzorku nema statistički značajne razlike prema životnoj dobi. Relativne frekvencije zastupljenosti spola u dobnim razredima pokazuje nešto veću učestalost žena u najmlađoj dobnoj skupini i starijim dobnim skupinama, dok je frekvencija muških bolesnika više rasprostranjena kroz srednje dobne skupine (40-60 godina). Ovo može korespondirati sa pretpostavkom o višoj stopi primarnog alkoholizma u uzorku, budući se ona temelji na broju muškaraca kod kojih je u znatno većoj stopi (1,25) u datom komorbiditetnom odnosu primarna dijagnoza alkoholizam, a isto tako veći broj muškaraca u srednjoj dobi može biti u vezi s navedenom progresijom alkoholne ovisnosti oko srednje životne dobi (15). Zbog svega navedenog, pretpostavka je o udjelu depresije kao sekundarne dijagnoze u ukupnom uzorku, budući se depresija dijagnosticira kao primarno oboljenje u višoj stopi kod žena (1,25) koje su u ovom uzorku brojčano manje zastupljene. Isto tako, viša frekvencija žena u

ispitivanoj grupi je u najstarijoj dobnoj skupini što donekle upućuje na pojavu depresije u starijoj dobi koja bi stoga mogla biti njihova primarna dijagnoza.

Ovdje se može implicirati socioekonomska problematika alkoholizma kao i depresije budući će to postati među najučestalijim medicinskim problemima, a utječe na oboljele u razdoblju njihove očekivajuće proizvodnje i društvene korisnosti (1,4).

Prikupljanjem podataka o drugim komorbidnim stanjima, od ukupnog broja ispitivanog uzorka evidentirano je 10 muškaraca s dijagnozom PTSP-a kao komorbidnog stanja uz dijagnosticiranu depresiju i alkoholizam. Uz PTSP kao najzastupljeniji dodatni psihijatrijski poremećaj u uzorku, evidentirani su i drugi psihijatrijski poremećaji osobnosti i analizirani kao komorbidna stanja. Ukupno je evidentirano 19 muškaraca koji imaju sva promatrana komorbidna stanja što iznosi 73 % ukupnog broja muškaraca u uzorku, odnosno 83% svih komorbidnih stanja u uzorku. Kod žena su evidentirane 4 osobe s dodatnim komorbidnim stanjima što iznosi 40% u ukupnom uzorku žena, odnosno iznosi 17% među svim komorbidnim poremećajima u uzorku bez obzira na spol. Ukupno je 23 ispitanika oba spola imalo neko dodatno komorbidno stanje, što iznosi 64% ispitivanog uzorka. Omjer broja bolesnika između spolova za ostala psihička komorbidna stanja bez PTSP-a iznosi 2,25:1, odnosno 2,5:1 ako se promatra skupina muškaraca s PTSP-om. Ukupni omjer svih promatranih komorbidnih poremećaja između spolova iznosi 4,75:1.

Većina bolesnika u uzorku je izložena raznim dodatnim komorbidnim stanjima jer postoji statistički značajna razlika u odnosu na bolesnike bez dodatnih komorbiditeta. Ovo ukazuje i na eventualno moguću korespondenciju primarne dijagnoze s dodatnim komorbidnim stanjima. Ovakav tip anamneze je često prisutan kod svih tipova psihičkih bolesnika (25). Razlike između spolova u odnosu na komorbiditet nisu se pokazale statistički značajnima, što ukazuje na visoku učestalost komorbidnih stanja u uzorku bez obzira na spol. Razlike unutar spolova su se pokazale statistički značajnima za muškarce dok za žene nije bilo statistički značajne razlike, što ukazuje kako je većina muškaraca u uzorku izložena raznim komorbidnim stanjima. Isto tako valja ukazati na visok udio oboljelih od PTSP-a kod muškaraca što može biti dodatni element u začaranom krugu odnosa komorbidnih stanja uz alkohol i depresiju, a reflektira se na prethodno spomenutu socioekonomsku problematiku (1,5,25). Ovdje je, prema anamnezi, PTSP posljedica traumatskih stresora iz Domovinskog rata čime skupina bolesnika predstavlja posebnu tipsku skupinu unutar populacije psihičkih bolesnika.

Također, evidentiran je broj hospitalizacija kroz dvije skupine: 1-2 hospitalizacije i višekratne hospitalizacije (>2). Podatci pokazuju kako se u ovakvom uzorku više od 90% svih

bolesnika hospitalizira, što je statistički značajno i ukazuje na povezanost težine stanja i definirane dijagnoze promatrane skupine s brojem hospitaliziranja. Broj muškaraca s 1-2 hospitalizacije je nizak u odnosu na broj muškaraca s višekratnim hospitalizacijama. Kod žena je zabilježen manji udio višekratnih hospitalizacija. Postoji statistički značajna razlika u broju hospitaliziranja između spolova, veći broj višekratnih hospitalizacija kod muškaraca može korespondirati s većim ostalim komorbiditetom (uključujući zastupljenost PTSP-a kod muškaraca) ili samim biosocijalnim ponašanjem (agresivnost, manja tolerancija i suradljivost) (5,20,25).

U ovom radu su izdvojena ostala komorbidna stanja i promatrana kroz prizmu pokušaja rasvjetljavanja primarne dijagnoze istovremenog alkoholizma i depresije, budući mogu utjecati i često su udružena s primarnom dijagnozom. Kod muškaraca su epidemiološke studije ukazale na velik udio primarnog alkoholizma koji opet može biti potaknut drugim psihičkim poremećajima ili socijalnim parametrima (25). Prema istim studijama, kod žena je veći udio primarne depresije prethodio zloporabi ili ovisnosti o alkoholu, pa se pristup analize drugih komorbidnih stanja ili socioloških parametara može smatrati načinom pristupa problemu liječenja primarne dijagnoze.

Također, prema dostupnim podacima iz otpusnih pisama nije moguće odrediti primarnu dijagnozu psihičkih oboljenja već su uzeti parametri koji daju smjernice o mogućim udjelima i pretpostavke o omjerima zastupljenosti određenih psihičkih oboljenja u uzorku kao i njihovoj mogućoj prevalenciji i progresiji kroz dobnu i spolnu strukturu. Isto tako, bolesnički status je posredno definiran parametrima dodatnih komorbidnih stanja i broja hospitaliziranja pojedinaca, ali isključivo kao udio u skupini. Nisu uzeti u obzir ostali bolesnici na kliničkom odjelu s pojedinačnim dijagnozama kod kojih se mogu tek otkriti komorbidna stanja te eventualno odrediti zastupljenost pojedinih dijagnoza unutar bolesničke populacije.

6. Zaključak

- U Klinici za psihijatriju KBC-a Split u razdoblju od 01.01.2015. do 30.09.2015. godine je ukupno kod 36 bolesnika utvrđena istovremena prisutnost simptoma depresije i alkoholizma.

- U uzorku je značajno veći broj muškaraca u odnosu na žene, a ujedno i viša relativna frekvencija bolesnika (muških) u srednjoj životnoj dobi. Prevalencija muškaraca može biti uvjetovana prevalencijom primarnog alkoholizma unutar uzorka, odnosno veći udio muškaraca u uzorku daje veći udio alkoholizma kao primarne dijagnoze unutar ispitivanog uzorka. Depresija unutar uzorka bi stoga imala veći udio kao sekundarna dijagnoza, a frekvencija bolesnika u mlađoj i starijoj životnoj dobi moguće korespondira s takvom pretpostavkom.

- Prosječna životna dob u uzorku bolesnika bez obzira na spol se može povezati istodobno s progresijom alkoholne ovisnosti oko srednje životne dobi, kao i većoj zastupljenosti depresije u srednjoj i starijoj životnoj dobi.

- Većina bolesnika u uzorku je izložena raznim komorbidnim stanjima što može ukazivati na korespondenciju primarne dijagnoze s komorbidnim stanjima. Ovo je osobito značajno za muškarce kod kojih značajan udio boluje od PTSP-a.

- Veći broj bolesnika s višekratnom hospitalizacijom kod muškaraca može biti uvjetovan njihovim većim stupnjem komorbiditetnih stanja unutar ispitivane grupe.

- Prema podacima iz otpusnih pisama nije moguće utvrditi primarnu dijagnozu psihičkog oboljenja pojedinog bolesnika/-ce te se ne može ustanoviti točan broj ili udio komorbiditetnih stanja alkoholizma i depresije u promatranom uzorku, već je u radu donešena opća pretpostavka kojom se obuća stanje grupe koju čine bolesnici s dijagnosticiranim stanjem alkoholizma i depresije u određenom razdoblju trajanja ovog istraživanja.

7. Literatura

1. Hotujac Lj. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006. str. 56-126.
2. World Health Organisation. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical description and Diagnostic Guidelines (CDDG). Geneve: World Health Organization; 1992. [Internet] [citirano 15. 11. 2017.] Dostupno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf?ua=1.
3. Butler R, Carney S, Cipriani A, Geddes J, Hatcher S, Price J, Von Korff M. Depressive disorders. CLINICAL EVIDENCE. 2005;15:316-68.
4. Jakovljević M, urednik. Psihijatrija. Samobor: A.G. Matoš; 1995. str. 66.
5. Frančišković T, Moro Lj. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2009. str. 121-154.
6. Mayo Clinic o depresiji. gl. urednik Kramlinger K; Mayo Clinic. Minnesota, Rochester. 2001. [prijevod s engleskoga Martina Rojnić Kuzman [i sur.];VII; Zagreb: Medicinska naklada; 2005. 60-88.
7. Štrkalj-Ivezić S. Kako prebroditi depresiju i pobijediti usamljenost. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor; 2010. str. 27-35.
8. Jakovljević M. Depresivni poremećaj: Od ranog prepoznavanja do uspješnog liječenja. Zagreb: Pro Mente; 2003. str. 55-58.
9. SZO. Hrvatski zavod za javno zdravstvo/međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja MKB-10. Zagreb: Medicinska naklada. 2012;1(10):289-292.
10. Mimica N, Folnegović-Šmalc V, Uzun S, Makarić G. Suvremena klasifikacija depresije i mjerni instrumenti. MEDICUS. 2004;13(1):19-29.
11. Möller HJ, Engel RR, Hemsley DR. Standardised measurements instruments in psychiatry. U: Henn F, Sartorius N, Helmchen H, Lauter H, ur. Contemporary Psychiatry. Berlin. Springer-Verlag: 2001;1: str.113-33.
12. Hamilton MA. Rating scale for depression. Journal Neurosurg. Psychiatry. 1960;23:56-62.
13. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry. 1979;134: str. 382-9.
14. <https://www.facebook.com/ReciNeAlkoholu/posts/184673691709030> (Doc. dr. sc. Darko Breitenfeld)
15. Thaller V, Marušić S, Dijagnostičke i terapijske smjernice za liječenje alkoholom uzrokovanih poremećaja. Alcoholism. 2007; 46 (suppl.1):1-43.

16. Gudelj, M. ; Woelfl, D. Alkoholizam - što je to? : kako pomoći obiteljima koje pate zbog alkoholizma. Sušak : Duško Woelfl; 1994. str. 70-76.
17. Lang B. Psihoterapija i terapijska zajednica alkoholičara. Jugoslovenska medicinska naklada; 1977. str. 29-38.
18. Hudolin V. Alkoholški priručnik. Zagreb: Medicinska naklada; 1991: str. 134-41.
19. Jelinak EM. The Disease concept of Alcoholism. New Haven CT. Hillhouse Press; 1960.
20. Žarković – Palijan T. Značajke osobnosti alkoholičara kao počinitelja i nepočinitelja kaznenih djela. Doktorska disertacija. Sveučilište u Zagrebu; 2004. str. 14-20.
21. Edwards G, Dare C. Psychotherapy, Psychological Treatments and the Addictions. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. str. 82-113.
22. Hotujac Lj. ur. „Živjeti s depresijom“. Brošura. Dostupno na www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16084/Depresija-i-alkohol.html
23. Ivica J. Alkoholizam i afektivni poremećaji (poremećaji raspoloženja). Zbornik stručnih radova alkohološkog glasnika. Hrvatski savez klubova liječenih alkoholičara. Zagreb; 2013. <http://www.hskla.hr/ZBORNIK%20knjiga/04%20DIJAGNOZA%20ALKOHOLIZMA%20I%20KOMPLIKACIJE/0403%20ALKOHOLIZAM%20I%20AFEKTIVNI%20POREMECAJ%20I.htm>
24. Blagojević-Damašek N. Ovisnost o alkoholu i depresivni poremećaj. Dostupno na www.zdravobudi.hr/10533/ovisnost-o-alkoholu-i-depresivni-poremećaj
25. Buljan D, Kovak-Muftić A, Gašpar V, Ljubičić R. Psihijatrijski komorbiditet alkoholizma (dvojne dijagnoze). Alkoholški glasnik. 2010;(7/8):4-14.
26. Delgado PL, Prince LH, Miller HL, Salomon RM. Serotonin and the Neurology of Depression. Arch Gen Psychiatry. 1994;51:865-74.

8. Sažetak

Uvod i cilj: Istraživanje je provedeno na Klinici za psihijatriju KBC-a Split u razdoblju od 01.01.2015. do 30.09.2015. godine. Cilj istraživanja u ovom radu je utvrditi broj ili udio bolesnika s istovremeno prisutnim alkoholizmom i depresijom te utvrditi broj bolesnika kod kojih je primarno bila prisutna depresija, a alkoholizam se razvio kasnije (kao komorbiditetno stanje) odnosno utvrditi broj bolesnika kod kojih je kao primarna bolest prisutan alkoholizam, a depresija se razvila kasnije kao posljedica alkoholizma (sekundarna depresija). Glavne mjere ishoda su pokušaj evidentiranja udjela primarne i sekundarne dijagnoze u uzorku pomoću dobnih podataka i odnosa broja bolesnika prema spolu, zatim povezati mogućnost utjecaja dodatnih komorbidnih stanja s primarnom dijagnozom te brojem hospitalizacija.

Ispitanici i metode: Ispitanici su bolesnici s istovremeno prisutnim simptomima depresije i alkoholizma čija je anamneza uzeta u razmatranje. Stanje bolesnika je dijagnosticirano prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10), te je proveden standardni psihijatrijski intervju o osobnom stanju i životnom okruženju bolesnika. Ukupno je evidentirano 36 bolesnika (26 muškaraca i 10 žena). Za istraživanje je provedena analiza bolničkih otpusnih pisama osoba liječenih u navedenom razdoblju te psihički status čime su prikupljeni podaci o: spolu, dobi, ostalim psihičkim poremećajima (poput PTSP-a) te broju hospitalizacija.

Rezultati: Omjer broja muških bolesnika u odnosu prema ženskim bolesnicima u uzorku je statistički značajan i iznosi 2,6:1. Prema dobnoj strukturi ukupno najveći broj bolesnika nalazimo u dobnoj skupini između 51 i 60 godina. Prosječna životna dob u uzorku bolesnika bez obzira na spol iznosi 54 godine, između muškaraca i žena u uzorku nema statistički značajne razlike u životnoj dobi. Frekvencija muških bolesnika je više rasprostranjena kroz srednje dobne skupine, frekvencija bolesnica u mlađoj i starijoj dobnoj skupini. Ukupno je 23 ispitanika oba spola imalo drugo komorbidno stanje, što iznosi 63,89% ispitivanog uzorka. Od ukupnog broja ispitivanog uzorka evidentirano je 10 muškaraca s dijagnozom PTSP-a kao komorbidnog stanja uz dijagnosticiranu depresiju i alkoholizam. Ukupni omjer svih promatranih komorbidnih poremećaja između spolova iznosi 4,75:1. Razlike između spolova nisu se pokazale statistički značajnima što ukazuje na visoku učestalost komorbidnih stanja bez obzira na spol. Broj hospitalizacija je evidentiran kroz dvije skupine: 1-2 hospitalizacije i višekratne hospitalizacije (>2). Podatci pokazuju kako se u ovakvom uzorku više od 90% svih bolesnika hospitalizira. Izrazita su višekratna hospitaliziranja muškaraca.

Zaključak: U Klinici za psihijatriju KBC-a Split u razdoblju od 01.01.2015. do 30.09.2015. godine je ukupno kod 36 bolesnika utvrđena istovremena prisutnost simptoma depresije i alkoholizma. U uzorku je značajno veći broj muškaraca u odnosu na žene, a ujedno i viša relativna frekvencija bolesnika (muških) u srednjoj životnoj dobi. Prevalencija muškaraca može biti uvjetovana prevalencijom primarnog alkoholizma unutar uzorka. Depresija unutar uzorka bi stoga imala veći udio u sekundarnoj dijagnozi, a relativna frekvencija bolesnika u mlađoj i starijoj životnoj dobi moguće korespondira s takvom pretpostavkom. Prosječna životna dob u uzorku bolesnika bez obzira na spol se može povezati istodobno s progresijom alkoholne ovisnosti oko srednje životne dobi, kao i većoj zastupljenosti depresije u srednjoj i starijoj životnoj dobi. Većina bolesnika u uzorku je izložena raznim komorbidnim stanjima što može ukazivati na korespondenciju primarne dijagnoze s komorbidnim stanjima. Ovo je osobito značajno za muškarce kod kojih značajan udio boluje od PTSP-a. Veći broj bolesnika s višekratnom hospitalizacijom kod muškaraca može biti uvjetovan njihovim većim komorbiditetom unutar ispitivane grupe. Prema podacima iz otpusnih pisama statističkom analizom nije moguće utvrditi primarnu dijagnozu psihičkog oboljenja pojedinog bolesnika/-ce te se ne može ustanoviti točan broj ili udio komorbiditetnih stanja alkoholizma i depresije u promatranom uzorku, već je u radu donešena opća pretpostavka kojom se obuća stanje grupe koju čine bolesnici s dijagnosticiranim stanjem alkoholizma i depresije u određenom razdoblju trajanja ovog istraživanja.

9. Summary

Thesis title: Alcoholism as comorbid condition of depression

Introduction and aim: Location of research was the Psychiatric Clinic at the Clinical Hospital Centre Split from 01/01/2015 to 30/09/2015. The aim of research in this paper is to determine the prevalence of comorbid conditions among patients who simultaneously suffer from alcohol abuse and depression as well as to determine the number of patients who suffered from depression which eventually developed to substance (alcohol) abuse (as a comorbid condition) or the number of patients suffering from alcohol abuse developing depression as a consequence of alcoholism (secondary depression). Primary outcome measures were to attempt to record the share of primary and secondary diagnoses in the operated group by using data on age and relation between the number of patients and gender, followed by the aim to see how additional comorbidities influence with primary diagnosis and repeated hospitalization.

Examinees and methods: Examinees are patients with symptoms of depression and alcoholism occurring simultaneously and their medical history has been taken into consideration. The condition of patients has been diagnosed according to the International Classification of Diseases (ICD-10) and a standard psychiatric interview involving patient's personal and environmental circumstances was also conducted. In total, 36 patients were examined (26 men and 10 women). Organization of research included an analysis of medical history of patients treated during the period concerned by use discharging notes and their mental status also, on the basis of which are gathered data for this research paper: gender, age, other mental disorders (such as PTSD) and the parameter such as the number of hospitalizations.

Results: The male: female ratio of patients was 2.6:1. When it comes to age structure, the majority of patients belong to the 51 - 60 age group. The average lifespan in the operated group regardless of gender is 54 and there is no statistically relevant difference in age between men and women. The frequency of male patients is more significant in the middle age groups. Twenty three male patients in total with a secondary comorbid condition, which makes 63.89% of the operated group. Out of the total number of examinees, ten men were diagnosed with PTSD, being a comorbid condition, along with depression and alcoholism. Total ratio of all examined comorbid disorders between genders is 4.75:1. Differences with regards to gender showed statistically irrelevant which indicates high prevalence of comorbidity regardless of gender. The number of hospitalizations has been recorded in two groups: 1 – 2

hospitalizations and repeated hospitalizations (>2). According to data, more than this 90% of patients in this operated group are hospitalized, male patients being more often readmitted to the hospital than female.

Conclusions: The research conducted in the Psychiatric Clinic at the Clinical Hospital Centre Split from 01/01/2015 to 30/09/2015 determined that 36 patients showed symptoms of depression and alcohol abuse simultaneously. Male patients significantly outnumber female patients in the operated group and have higher relative frequencies around middle-age group. Prevalence of male patients could be in relation to the prevalence of the primary alcoholics within the operated group. Therefore, depression is more likely to appear secondary to diagnosis in this operated group and the relative frequencies of female patients around young- and old-age group may correspond with that assumption. The average lifespan of the patients regardless of gender can be related both to the progression of alcohol abuse around middle-age and depression around young- and old-age group, respectively. Most patients in the operated group are exposed to a comorbid condition which may indicate the co-occurrence of primary diagnosis with a comorbid condition. This is especially the case for males, many of which suffer from PTSD. A majority of the male patients who undergo recurrent admissions could be in relation with higher rate of male comorbidity inside the operating group. Medical history of the patients does not provide data on the exact number and ratio of alcohol abuse as a comorbid depression inside the operating group and it is neither possible to determine which of the two psychiatric disorders is a primary diagnose due to statistical analysis. So general assumption has been brought which covers state group consisting of patients with a diagnosed condition of depression and alcoholism in a given period of this study.

10. Životopis

Ime i prezime: Marija Paladin, udata Dekanić

Rođena: 1968. godine

Mjesto rođenja: Sinj, Hrvatska

Državljanstvo: Hrvatsko

Mjesto stanovanja: Split, Hrvatska

Školovanje: OŠ „Frane Masnić“, Sinj

OŠ „Prvi splitski partizanski odred“, Split

SŠ „Obrazovni centar Ante Jonjića“ – Trgovinska škola

SŠ „Zdravstveni obrazovni centar“ – zvanje: Fizioterapeutski tehničar

Univerzitet u Sarajevu – Medicinski fakultet; 1987-1992

Sveučilište u Zagrebu – Medicinski fakultet u Splitu; 1992-1997

Sveučilište u Splitu – Medicinski fakultet; 1997-2017

kontakt e-mail: mdekanic.paladin@gmail.com